مستويات الضغط النفسي والقلق والاكتئاب لدى عينة من أمهات الأطفال التوحديين في مدينة عمان تبعاً لبعض المتغيرات الديموغرافية

إعداد

مجد ربحي محمود الشامي

المشرف

الأستاذ الدكتور يوسف أبو حميدان

قدمت هذه الرسالة استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في علم النفس

كلية الدراسات العليا

الجامعة الأردنية

آب ، ٢٠١١

قرار لجنة المناقشة

نوقشت هذه الرسالة/الأطروحة (مستويات الضغط النفسي والقلق والاكتئاب لدى عينة من أمهات الأطفال التوحديين في مدينة عمان تبعاً لبعض المتغيرات الديموغرافيـــة) وأجيـــزت بتاريخ ٢٠١١/٧/١٩

أعضاء لجنة المناقشـــــــــة	التوقيـــــــــــــــــع
الأستاذ الدكتور يوسف أبو حميدان، مشرفاً أستاذ تحليل السلوك التطبيقي	....
الأستاذ الدكتور عباطة ظاهر ، عضواً أستاذ في علم الجريمة	....
الدكتور أشرف القضاه ، عضواً أستاذ مساعد- علم النفس الاكلينيكي	....
الدكتور محمد الشقيرات، عضواً أستاذ مشارك – علم النفس العصبي الإكلينيكي جامعة مؤتة	....

تعتمد كلية الدراسات العليا
هذه النسخة من الرسالـــة
التوقيع ...... التاريخ ٢٠١١/٨/٢

الإهداء

إلى روح والدي الطيب

إلى مصدر نجاحي أمي الحنونة

إلى شريك حياتي وحبي الأبدي عصام

إلى فلذة كبدي ونور حياتي ليمار

إلى أخواتي رولا، إيمان وهبه

الشكر والتقدير

أتقدم بجزيل الشكر وعظيم الامتنان إلى مشرفي الأستاذ الدكتور يوسف أبو حميدان على جهده غير المحدود في دعمي لانجاز هذه الرسالة ، كما أتقدم بالشكر والاحترام الوافر إلى لجنة المناقشة المتمثلة في الأستاذ الدكتور عباطة ظاهر، والدكتور أشرف القضاة ، والدكتور محمد شقيرات.

كما أتقدم بالشكر إلى المركز الأعلى لشؤون الأفراد المعاقين على تسهيل مهمة التطبيق والدعم. وأشكر كل من ساعدني لإكمال هذا العمل من صديقاتي: رغدة جرار، رندة جرار، نور عقرباوي، نوال سكرية ، آيات المحتسب، سعاد بدران، فاتن الدغيدي.

شكر خاص إلى الدكتور أشرف القضاة

فهرس المحتويات

قائمة الجداول

قائمة الملاحق

مستويات الضغط النفسي والقلق والاكتئاب لدى عينة من أمهات أطفال التوحد في مدينة عمان تبعاً لبعض المتغيرات الديموغرافية

إعداد

مجد ربحي محمود الشامي

المشرف

الأستاذ الدكتور يوسف أبو حميدان

الملخص

هدفت الدراسة الحالية إلى قياس مستويات الضغط النفسي والقلق والاكتئاب لدى عينة من أمهات الأطفال الذين يعانون من التوحد في مدينة عمان تبعاً لبعض المتغيرات الديموغرافية المتمثلة في: المستوى التعليمي ، والعمل ، وعدد الأطفال، والدخل للأسرة، ومقارنتها بعينة من أمهات الأطفال الأسوياء في مدينة عمان.

تكونت العينة من (١٩٠) من الأمهات منهم (٩٥) أم لأطفال يعانون من التوحد ممن يراجعون المراكز التابعة للمجلس الأعلى لشؤون الأفراد المعاقين وعدد من المراكز الخاصة، و(٩٥) أم لأطفال أسوياء من مدينة عمان. وتم تطبيق قائمة بيك للاكتئاب، واختبار حالة القلق للكبار، ومقياس الضغوط النفسية على جميع الأمهات. تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والتكرارات واختبار (T-Test)، واختبار تحليل التباين المتعدد المتغيرات (MANOVA) للإجابة عن أسئلة الدراسة.

توصلت الدراسة إلى ارتفاع مستويات الضغط النفسي والقلق والاكتئاب لدى أمهات الأطفال الذين يعانون من التوحد ، حيث بلغت نسبة الأمهات للأطفال التوحديين اللواتي يعانين من مستويات متوسطة إلى مرتفعة من الضغوط النفسية (٦٠%) ، مقارنة بنسبة (٤٠%) للعينة الضابطة. وبلغت نسبة الأمهات اللواتي يعانين من مستويات مرتفعة من القلق(٢١,١%) مقارنة بنسبة (٤,٢%) للعينة الضابطة. وبلغت نسبة الأمهات اللواتي يعنين من اكتئاب شديد(٢٤,٢%) مقارنة بنسبة (٥,٣%)للعينة الضابطة. وتم التوصل الى أيجاد فروق ذات دلالة إحصائية في مستويات الاكتئاب والضغط النفسي بين مجموعة أمهات أطفال التوحد والمجموعة الضابطة.

أما فيما يتعلق بالفروق في مستويات القلق والاكتئاب والضغط النفسي لدى أمهات أطفال التوحد وأمهات الأطفال الأسوياء تبعاً لمتغيرات المستوى التعليمي، والعمل ، وعدد الأطفال ، والدخل للأسرة، فلم تتوصل الدراسة الى إيجاد فروق تعزى لهذه المتغيرات الديموغرافية .

وختاماً توصى الدراسة الحالية بضرورة إجراء المزيد من الدراسات التي تتناول هذه المتغيرات ، وعمل برامج علاجية لأمهات أطفال التوحد لما لها من آثار ايجابية على الأسرة وعلى علاج الطفل التوحدي.

الفصل الأول

المقدمة

تعتبر الأسرة الركيزة الأساسية في أي مجتمع من المجتمعات، وتأتي أهميتها من أهمية الأدوار التي تؤديها كإنجاب الأطفال ورعايتهم رعاية اجتماعية، ويلعب الوالدان دوراً كبيراً في التأثير على نمو الطفل وتطوره في مختلف نواحي النمو سواء كانت اجتماعية أو انفعالية أو عقلية. ويعتمد الطفل بصورة عامة على أسرته لفترة زمنية طويلة لتلبية حاجاته الأساسية، ويزداد الدور الذي تؤديه الأسرة بشكل كبير في التأثير على حياة الطفل في الحالات التي يكون فيها الطفل من ذوي الحاجات الخاصة، ونتيجة لذلك تزداد الضغوط الناجمة عن وجود حاجة خاصة لدى الطفل. وتؤدي هذه الضغوطات إلى زيادة حالة القلق وعدم الاستقرار عند الوالدين(جابر، ٢٠٠٨).

ويعد اضطراب التوحد بمظاهره وأعراضه أحد الإعاقات التي يتعرض لها الأطفال، حيث تبدو أعراض التوحد متناقضة ظاهرياً ومثيرة للاهتمام إلى الحد الذي يجعل غالبية أفراد المجتمع يكونون تصوراً عنه، دون أن يكون لديهم أي احتكاك أو اتصال مباشر بأي طفل توحدي.

ويمر الأهل كما تشير يحيى (٢٠٠٣) عند تشخيص طفلهم بالتوحد بمشاعر معقدة كما يمروا بعدة مراحل تبدأ بالمرحلة الأولى وهي: **الصدمة** وتكون أقوى في حالة وجود إعاقة من الدرجة البسيطة أو المتوسطة والتي غالبا ما يتم تشخيصها في وقت متأخر من ولادة الطفل، لذا يعاني الأب والأم من مشكلة تقبل التشخيص بعد أن أمضوا أشهراً وسنوات في إيجاد مبررات أو أعذار لتأخر نمو طفلهما. وهنا يحتاج الأب والأم إلى من يستمع إليهم ويقدم لهم المشورة والدعم والتفهم والاهتمام.

المرحلة الثانية: وهي **الإنكار** وتتمثل في رفض الوالدين الاعتراف بالحاجة الخاصة لدى الطفل وإنكار وجود أي مشكلة لديه ، ويحتاج الوالدان في هذه المرحلة إلى الوقت الكافي للتخفيف من وطأة الصدمة لديهم وتقبل الأمر الواقع، وقد يصل الإنكار إلى الاعتقاد بأن الطفل سيشفى بمعجزة ما .

المرحلة الثالثة وهي: **الاكتئاب** وهي مرحلة الآلام النفسية والتي تتمثل بعدد من المشاعر السلبية كالغضب، وتأنيب الضمير، والشعور بالذنب والحزن. وقد يلقي الوالدان في هذه المرحلة اللوم على نفسهما أو على الأطباء وغيرهم.

وأخيرا مرحلة **التكيف والقبول** Acceptance-adjustment وفيها يتوجه الوالدان لما حولهما من بدائل وإمكانات لمعالجة طفلهما ورعايته، والقيام بوضع الخطط التي تتماشى مع

متطلبات الوضع الحالي للطفل. وقد يستدعي الأمر إعادة ترتيب الحياة الأسرية بشكل يساعد على استيعاب الطفل وتقبل حاجته الخاصة وشعور الأسرة بأنها قادرة على البقاء والتحدي على الرغم من الصعوبات والمشكلات التي ستواجه الطفل والأسرة (يحيى،٢٠٠٣).

هناك العديد من المشكلات التي تواجهها اسر أطفال التوحد وذوي الحاجات الخاصة بشكل عام في الأردن مثل: الأزمات الزوجية، زيادة العدوانية ، والاكتئاب، والشعور بالذنب، والقلق والتوتر، والصعوبات المادية ، والعزلة عن الناس (يحيى، ١٩٩٩).

ومن بين المصاعب والمتاعب التي تواجه الوالدين أثناء قيامهما بتربية الطفل الذي يعاني من التوحد: روتين الرعاية اليومية، والمشاكل الاقتصادية ، والحصول على المساعدة المناسبة والتعليم الجيد من المراكز المتخصصة، هذا ويعاني بعض المصابون بالتوحد من إعاقات عقلية مما تزيد من اعتماد الطفل على والديه وتزيد من المسؤولية الواقعة عليهم ، (Firat , Diler , ayse & Gulash, 2002).

وتبعاً لذلك يعد الاعتناء بالأطفال الذين يعانون من التوحد مطلباً أساسياً يقع على عاتق الوالدين، وبشكل خاص الأم، بوصفها مقدمة الرعاية الأولية والأساسية للطفل ،وبسبب الخصائص التي يعاني منها الطفل المصاب بالتوحد من ضعف التفاعل الاجتماعي والتواصل وخاصة اللغة مما يزيد الأعباء الملقاة على عاتقها، (Davis&Carter ,2008).

ويمكن أن تزيد عوامل خطورة معاناة أمهات الأطفال الذين يعانون من التوحد من صعوبات نفسية–اجتماعية، بسبب ندرة المصادر المؤهلة المتوفرة لديها والمسؤولية الوالدية تجاه الطفل. وتتضمن الصعوبات الشخصية لدى هؤلاء الأمهات زيادة الضغط النفسي، وتدني مستويات الصحة الجسدية، والاكتئاب، والتي بدورها تؤثر على حياة الأسرة وتزيد من المشكلات النفسية والاجتماعية في المستقبل. وتخبر أمهات الأطفال الذين يعانون من التوحد انخفاض في الرضا الزواجي وزيادة المشاكل والاضطرابات الزواجية بسبب التوتر اليومي المرتبط برعاية الطفل الذي يعاني من التوحد (Geffken, Morgan &Rodrigue,1999)

مشكلة الدراسة:

تمر أم الطفل المصاب بالتوحد بمشاكل صعبة منذ اكتشاف الحالة وتستمر خلال فترة حياتها. والذي يؤدي إلى بالشعور بالقلق، والاكتئاب، والضغط النفسي، مما قد يؤثر على حياة الطفل التوحدي وعلى العلاقة القائمة بين الطفل ووالدته ، حيث أنها المسؤول المباشر عن العناية به.

أهداف الدراسة:

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على مستوى القلق والاكتئاب والضغط النفسي، وهل تتأثر هذه المستويات بالمتغيرات الديموغرافية التالية: المستوى التعليمي للأم ،وعدد الأطفال غير الطفل التوحدي في الأسرة، والمستوى الاقتصادي،والعمل.

أسئلة الدراسة:

هدفت الدراسة الحالية إلى قياس مستويات القلق والاكتئاب والضغط النفسي لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد في مدينة عمان ، وذلك من خلال الإجابة عن الأسئلة التالية:

١- ما هي مستويات القلق والاكتئاب والضغط النفسي لدى أمهات الأطفال الذين يعانون من التوحد؟

٢- ما هي مستويات القلق والاكتئاب والضغط النفسي لدى أمهات الأطفال الأسوياء؟

٣- هل توجد فروق دالة إحصائياً عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.5$) في مستويات القلق والاكتئاب و الضغط النفسي بين أمهات الأطفال المصابين بالتوحد وأمهات الأطفال الأسوياء في مدينة عمان؟

٤- هل توجد فروق دالة إحصائياً عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.5$) في مستويات القلق والاكتئاب و الضغط النفسي لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد في مدينة عمان تعزى لمتغيرات: العمل، والمستوى التعليمي، وعدد الأطفال، والمستوى الاقتصادي؟

٥- هل توجد فروق دالة إحصائياً عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.5$) في مستويات القلق والاكتئاب و الضغط النفسي لدى أمهات الأطفال الأسوياء في مدينة عمان تعزى لمتغيرات : العمل، والمستوى التعليمي، وعدد الأطفال، والمستوى الاقتصادي؟

أهمية الدراسة

تكمن أهمية الدراسة فيما يلي:

١- قلة الدراسات التي تناولت متغيرات القلق والاكتئاب والضغط النفسي لدى أمهات أطفال التوحد وعلاقتها بالمتغيرات الديموغرافية كالعمل ، والمستوى التعليمي، والدخل، وعدد الأطفال في الأردن.

٢- تفتح هذه الدراسة المجال لإجراء الدراسات الميدانية الأخرى وبناء برامج التدخل والبرامج العلاجية للأعراض المرضية النفسية(العقلية) التي تظهر بين أمهات الأطفال المصابين بالتوحد.

٣- زيادة الوعي بأهمية الحفاظ على الصحة النفسية لجميع أعضاء أسرة الأطفال المصابين بالتوحد لما له من أثار ايجابية على أفراد الأسرة و سير المرض وعلاجه.

التعريفات النظرية والإجرائية لمتغيرات الدراسة

في ضوء المراجعة لمجموعة من الدراسات السابقة والأدبيات ذات الصلة ،فقد تم تعريف متغيرات الدراسة على النحو الآتي:

* **القلق:** عبارة عن انفعال غير سار وشعور بعدم الراحة والاستقرار مع الاحساس بالتوتر والشد وخوف لا مبرر له، واستجابة مفرطة لمواقف لا تشكل خطرا، ويستجيب الفرد لها بطريقة مبالغ فيها، (Speilberger,1983).

ويرى شيهان أن هذا الاضطراب ينتشر عند أغلب الحالات في أواخر العقد الثاني وأوائل العقد الثالث من العمر ، ونادراً ما يبدأ قبل سن الخمسة عشرة عاماً أو بعد سن الخامسة والثلاثين،(شيهان ،١٩٨٨).

ويعرف إجرائيا: بأنه الدرجة التي يحصل عليها المفحوص على اختبار سبيلبيرجر لحالة القلق والمشار إليه بالجزء الخاص بأدوات الدراسة.

***الاكتئاب** : هو حالة اضطراب انفعالي تتميز بتدني مزاج الفرد، وظهور تغيرات نفسية مثل الإحساس بالوحدة والانطواء والأرق، وتغيرات جسمية كتغير وزن الجسم والخمول(بطء الاستجابة) ، (Beck, 1980).

ويعرف إجرائياً : بأنه الدرجة التي يحصل عليها المفحوص على قائمة بيك للاكتئاب والمشار إليه في الجزء الخاص بأدوات الدراسة.

***الضغط النفسي**

حالة نفسية ناتجة عن إخفاق الفرد في إشباع حاجاته ينتج عنها ثلاثة أنواع من ردود الفعل وهي: ردود الفعل الفسيولوجية وتتمثل في زيادة ضربات القلب، ارتفاع ضغط الدم، التوتر العضلي، وبطء في الجهاز الهضمي وكذلك زيادة في إفراز الأدرينالين. وردود الفعل المعرفية وتتمثل في: اضطراب مستوى التفكير، تناقص في القدرة الأدائية وعدم القدرة على اتخاذ القرارات. وردود الفعل السلوكية وتتمثل في: تناقص مستوى الأداء وتجنب المواقف المثيرة للاضطراب ، (Beech, 1982).

أما إجرائياً فهو الدرجة التي يحصل عليها المفحوص على اختبار الضغط النفسي والمشار إليه في الجزء الخاص بأدوات الدراسة.

حدود الدراسة

اقتصرت الدراسة الحالية على عينة من أمهات الأطفال المصابين بالتوحد واللواتي يراجعن في مراكز التوحد التابعة للمجلس الأعلى لشؤون الأفراد المعاقين في مدينة عمان .

الفصل الثاني

الخلفية النظرية

التوحد تعريفه وتطوره:

يعود مصطلح التوحد في أصله إلى كلمة إغريقية وهي أوتوس Autos وهي تعني النفس أو الذات (Roeyers ,1995).

لقد عانى الإنسان في تاريخه الطويل من العديد من حالات الإعاقة، ومن بينها التوحد الذي كان يعتبر قديماً من حالات الاضطراب العقلي أو الفصام الطفولي أو الصمم والبكم أو غيرها, حتى اكتشفه الطبيب الأمريكي كانر Kannerعأم ١٩٤٣ من بين مجموعة من أطفال التخلف العقلي الذين كان يتعامل معهم , حيث تميز احد عشر طفلا منهم بأعراض تختلف عن الأعراض المعروفة للتخلف العقلي . ظل ينظر إليها على أنها قريبة الشبه بحالة الفصام برغم انه لم يكن من بين أعراضها مظاهر الهلوسة أو الهذيان التي تعتبر احد الأعراض المميزة للفصام , ولذا اعتبرها بعد ذلك فئة إعاقة مختلفة عنه أطلق عليها مصطلح التوحد . ثم بدأ اهتمام المراكز والمؤسسات النفسية بدراسته وإجراء البحوث عليه على مستوى العالم.

لم يظهر اضطراب التوحد في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية إلا في طبعته الثالثة في أواخر الثمانينات وفي طبعته الرابعة التي ظهرت عام ١٩٩٤ (حسام , ٢٠٠٦)، ضمن فئة الاضطرابات النمائية الشاملة التي تضم أربع اضطرابات هي:اضطراب التوحد, اضطراب رتز, اضطراب اسبرجر, والاضطراب الانشقاقي أوالتفسخي والاضطرابات النمائية غير المحددة Not Other Wise Specified (NOS) (American Psychiatric Association , APA 2000).

وينتشر التوحد حسب دراسات نسبة الانتشار بنسبة ٥ من كل ١٠٠٠٠ فرد مع نسبة مسجلة تتراوح مابين ٢–٢٠ حالة من كل ١٠٠٠٠، ويزيد معدل انتشار التوحد بين الأطفال الذكور أربع مرات عنه بين الإناث (APA , 2000).

تعريف التوحد

هناك تعريفات متعددة للتوحد منها تعريف كريستين مايلز (١٩٩٤)كما ورد في خطاب (٢٠٠٥) الذي عرف التوحد على انه حالة غير اعتيادية، حيث أن الطفل فيها لا يقيم أي علاقة مع الآخرين، ولا يتصل بهم إلا قليلاً ، وأشار إلى أن هذا المصطلح يجب استخدامه بحذر حيث أننا لا نستطيع استخدامه للإشارة إلى الطفل الذي يكون سلوكه الشاذ ناتجاً عن تلف في الدماغ Brain Damage أو بسبب الخوف من المحيط غير المألوف.

وعرف الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع (٢٠٠٠) التوحد على انه أحد الاضطرابات النمائية الشاملة Pervasive Developmental Disorders في مرحلة الطفولة والتي تتضمن : اضطراب التوحد، اضطراب رتز Rett's Disorder ،اضطراب اسبرجر،والاضطراب الانشقاقي أو ألتفسخي، والاضطرابات النمائية الشاملة غير المحددة Not Other Wise Specified (NOS) والذي يمكن اكتشافه خلال السنوات الثلاثة الأولى من العمر. وتتضمن الخصائص الأساسية لهذا الاضطراب شذوذ أو خلل في التفاعل الاجتماعي ومهارات التواصل وخلل في التطور اللغوي، ومحدودية في السلوك والإهتمأمات والأنشطة، (American Psychiatric Association , APA 2000).

وعرف Lewis&Volkmar (1990) التوحد على انه اضطراب في الارتقاء الاجتماعي واللغوي مصحوب بأنماط سلوكية شاذة و نمطية تتسم بالمعأودة والتكرار(Lewis & Volkmar, 1990).

وتعرف الجمعية الوطنية للاطفال التوحد The National Society For Autistic Children (NSAC) التوحد بأنه اضطراب أو متلازمة يتم تعريفها سلوكياً، وأن مظاهره الأساسية يجب أن تظهر قبل أن يصل عمر الطفل إلى ٣٠ شهراً في الاضطرابات التالية:

أ- اضطراب في سرعة أو تتابع النمو.

ب- اضطراب في الاستجابات الحسية.

ج- اضطراب في الكلام واللغة والسعة المعرفية .

د- اضطراب في التعلق والانتماء للناس والأحداث والموضوعات(شقير، ٢٠٠٧).

ويشير الشخص (٢٠٠٢) كما ورد في شقير(٢٠٠٧) إلى أن التوحد أحد الاضطرابات النمائية الشاملة والتي تعد من أكثر مشكلات الطفولة إزعاجاً وإرباكاً وحيرة، لأنها تتضمن انحرافاً في جميع جوانب الأداء النفسي خلال مرحلة الطفولة بما في ذلك الانتباه والإدراك والتعلم واللغة والمهارات الاجتماعية والاتصال بالواقع والمهارات الحركية.

وعرفه الخطيب والحديدي(١٩٩٧) بأنه إعاقة في النمو تتصف بكونها مزمنة وشديدة وهي تظهر في السنوات الثلاثة الأولى من العمر ، وهي محصلة لاضطراب عصبي يؤثر سلباً على وظائف الدماغ ، ويظهر على شكل أعراض سلوكية منها: اضطراب في معدل نمو المهارات الجسمية والاجتماعية واللغوية.

معايير تشخيص التوحد

١- خلل نوعي في التفاعل الاجتماعي المتبادل في الأمور التالية:

أ-نقص ملحوظ في استخدام العديد من أشكال السلوك غير اللفظي مثل التحديق إلى الآخرين أثناء الحديث والتعبير الوجهي والوضعيات الجسدية والإيماءات لتنظيم التفاعل الاجتماعي.

ب-العجز عن إقامة علاقات بالأقران المناسبين لمستوى نموه.

ج-لا يسعى تلقائيا إلى مشاركة الآخرين في الترفيه والاهتمامات أو الانجازات(لا يشير إلى الأشياء التي تحظى باهتمامه).

د-الافتقار إلى تبادل العلاقات الاجتماعية والعاطفية.

٢- خلل نوعي في التواصل . كما يظهر في واحد على الأقل مما يلي:

أ-تأخر أو انعدام نمو اللغة المنطوقة غير مصحوب بمحاولة تعويضية من خلال طرق بديلة للتواصل كالإيماءات أو المحاكاة الحركية الصامتة.

ب-بالنسبة للأفراد القادرين على الكلام:نقص ملحوظ في القدرة على بدء محادثة مع شخص آخر أو مواصلتها.

ج-الترديد أو التكرار الآلي للكلام, أو استخدام لغة شخصية شاذة.

د-نقص اللعب الخيالي التلقائي بمختلف أشكاله أو لعب ادوار الكبار بما يلاءم مستوى نموه الحالي.

٣- التكرار الآلي لأنماط محددة من السلوك والاهتمامات والأنشطة. كما يظهر في واحد على الأقل مما يلي:

أ-الانشغال التأم بواحد أو أكثر من أنماط الاهتمام المكررة والمحددة والشاذة في درجتها أو موضوعها.

ب -التمسك المتصلب بروتينات وطقوس معينة ليست لها ضرورة عملية.

ج- نمطية حركية تتسم بالمعاودة والتكرار الآلي (ثني اليد أو الأصابع أو الحركات المعقدة لكامل الجسم).

د-الانشغال الدائم بأجزاء من الأشياء.

يوجد تأخر أو شذوذ الأداء في واحد على الأقل في المجالات التالية ويبدأ قبل سن الثالثة:

١- التفاعل الاجتماعي المتبادل.

٢- اللغة المستخدمة في التواصل الاجتماعي.

٣-اللعب الرمزي والخيالي (APA , 2000).

أسباب التوحد

اختلف العلماء في تحديد أسباب التوحد، وذلك بسبب التداخل لهذا الاضطراب مع حالات قصور الدماغ ،وحالات اضطراب التواصل، وبسبب صعوبة التواصل مع الطفل التوحدي وصعوبة التفاعل الاجتماعي معه. مما أدى إلى استنتاج وجود أسباب متعددة لحدوث هذا الاضطراب ، وكان كانر Kanner أول من بحث عن أسباب حدوثه ثم توالت الدراسات التي تناولت أسباب التوحد ومن هذه الأسباب:

١-الأسباب الاجتماعية والنفسية

يرى أصحاب وجهة النظر هذه أن التوحد هو اضطراب في التواصل الاجتماعي نتيجة ظروف التنشئة الاجتماعية Socialization غير السوية ، والتي ينتج عنها إحساس الطفل بالرفض من الوالدين وفقدان العلاقة العاطفية بينهما، مما يؤدي إلى انسحاب الطفل من التفاعل الاجتماعي مع محيطه .

ويرى هؤلاء العلماء أن بيئة أطفال التوحد أقل تفاعلية وأكثر جمود وانسحابية وغير اجتماعية ، مما يجعل الطفل شديد الانطوائية ويؤدي ذلك إلى صعوبة أو عدم قدرة أو رغبة من قبل الطفل على التفاعل مع الآخرين (شقير ، ٢٠٠٧).

ويشير كانر إلى أن العامل الأساسي المسبب لهذا الاضطراب هو مجموعة من العوامل الذاتية المحيطة بالطفل في مراحل نموه المبكرة في نطاق الأسرة، منها أسلوب تنشئته وافتقاد الطفل للحب والحنان والدفء في العلاقة بينه وبين أمه وغياب العلاقة العاطفية (Frame & matson,1987).

أما النموذج النفسي فيرى أن التوحد سببه مرض الفصام الذي يصيب الأطفال في مرحلة الطفولة وانه مع زيادة العمر يتطور هذا المرض لكي تظهر أعراضه كاملة في المراهقة ومن أصحاب هذه النظرة سينجر ١٩٦٣ (مجيد، ٢٠٠٨).

٢- أسباب إدراكية

يرى أنصار هذا المنظور أن التوحد سببه اضطراب إدراكي نمائي حيث أشارت عدد من الدارسات منها دراسة الين ١٩٩١ أن الطفل التوحدي يعاني من انخفاض في نشاط القدرات العقلية المختلفة والتي ترجع بدورها إلى انخفاض قدرتهم على الإدراك إضافة إلى اضطراب اللغة (خطاب ،٢٠٠٥)

٣- الأسباب الفسيولوجية:

ترجح الأدلة في الوقت الحاضر دور الأسباب الفسيولوجية وما يتبعها من اضطرابات في حدوث التوحد, فأمراض المخ قد تقود إلى السلوك التوحدي مثل الالتهاب الدماغي في السنوات الأولى من العمر. وإصابة الأم بالحصبة الألمانية Rubella خلال فترة الحمل, وحالة الفينيل كيتونيوريا غير المعالجة ,والتصلب الحدبي للأنسجة العضوية Tuberous sclerosis , والتشنج الطفولي اللاإرادي, والصعوبات الشديدة خلال الولادة بما في ذلك نقص الأكسجين واختناق الطفل واضطراب Retts.

٤- الأسباب البيوكيميائية :

أشارت بعض الدراسات إلى وجود معدل مرتفع للسيروتونين في الدم لدى ثلث أطفال التوحد. إلا أن هذا المعدل المرتفع لوحظ أيضا لدى ثلث أطفال المتخلفين عقليا بدرجة شديدة. وأجريت دراسة معمقة لمجموعة صغيرة من أطفال التوحد وأكدت وجود علاقة ذات دلالة بين معدل السيروتونين المرتفع في الدم ونقص في السائل النخاعي الشوكي (مجيد، ٢٠٠٨) .

***أمهات أطفال التوحد ومستوى القلق والاكتئاب والضغط النفسي**

ومن جانب آخر تحاول هذه الدراسة التعرف على مستوى القلق والاكتئاب والضغط النفسي لدى أمهات الأطفال الذين يعانون من التوحد، لأن مثل هذه المستويات تلعب دوراً مهماً في العلاقة بين الأم وطفلها. ولهذا سنتناول هذه المتغيرات بشيء من التفصيل.

*** القلق**

يعد القلق ذا أهمية بارزة لأنه المفهوم المركزي في علم الاضطرابات النفسية والعرض المشترك في الاضطرابات النفسية والأمراض العضوية المختلفة ، ويتم تشخيصه بناء على ما حدده الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية والعقلية (البقور ،٢٠٠٢).
ويرى شيهان أن هذا الاضطراب ينتشر عند أغلب الحالات في أواخر العقد الثاني وأوائل العقد الثالث من العمر ، ونادراً ما يبدأ قبل سن الخمسة عشرة عاما أو بعد سن الخامسة والثلاثين،(شيهان ،١٩٨٨).

مفهوم القلق

إن القلق حالة نفسية تتسم بالخوف الشديد والتهديد الموجهة نحو الذات وغالبا ما يكون مصدر القلق غير معروف (Coleman, Carson &butcher،1983).

يعرف القلق بأنه شعور بالخوف والتوتر وإدراك متنام بوجود تهديدات غامضة موجودة في المستقبل، ويبدأ القلق عادة باستجابة الخوف وتتحول بعد ذلك إلى التوتر والتيقظ المستمر لإشارات الخطر والشعور المزمن بعدم الراحة (Riskind ،2005).

وقد عرف فرويد (١٩٨٣) القلق بأنه استجابة أو خبرة انفعالية مؤلمة يمر بها الفرد وتصاحب هذه الخبرة الانفعالية استثارة عدد من أجهزة الجسم الداخلية التي تخضع للجهاز العصبي مثل القلب، الجهاز التنفسي، الغدة الدرقية، وتمثل هذه الاستجابات الفسيولوجية ردة الفعل الطبيعية للأفراد عند شعورهم بالخطر أو بتهديد الذات.

وأشارCattle (1967) إلى أن القلق خاصية ثابتة نسبيا في شخصية الأفراد ولكن هناك اختلاف بين الأفراد في استجاباتهم للقلق وهذه الاختلافات تعود إلى فروق فردية في الشخصية ، ووفقا لما اكتسبه كل فرد في طفولته من الخبرات السابقة . واعتبر القلق احد سمات الشخصية التي كشف عنها اختباره المعروف باسم اختبار عوامل الشخصية الستة عشر (16PF). وكان كاتيل أول من اقترح تصنيف القلق إلى نوعين هما : حالة القلق (State Anxiety) وسمة القلق (Trait Anxiety).

أما سبيلبيرغر فقد عرف القلق على انه انفعال غير سار وشعور بعدم الراحة والاستقرار مع الإحساس بالتوتر والشد وخوف لا مبرر له، واستجابة مفرطة لمواقف لا تشكل خطرا، ويستجيب الفرد لها بطريقة مبالغ فيها،(Speilberger ،1983).

ويعرف الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع القلق العام على انه احد اضطرابات القلق والذي يميز بظهور عدد من الأعراض التي تستمر لمدة ستة شهور وتتضمن القلق والهم الزائدان مع عدم قدرة الشخص على السيطرة عليه والشعور بعدم الراحة والتعب وصعوبة التركيز والتوتر ، بحيث تؤدي هذه الأعراض إلى اختلال في الأداء الاجتماعي أو المهني أو الوظائف المهمة الأخرى(APA ,2000).

أما ديفسون Davison (2004)فقد عرف القلق بأنه شعور عام غامض وغير سار ، مملوء بالخوف والتوتر ومصحوب عادة ببعض الإحساسات الجسمية.

ويشير روي (Rows، 1975) للقلق على انه شعور بعدم الارتياح النفسي والجسدي والخوف وترقب الشر من خطر مرتقب لا نعرف مصدره.

ويعرف فيلدمان (Feldman،1989) القلق على أنه استجابة انفعالية تتميز بمشاعر الخوف، الخشية، والتوتر النفسي.

معايير تشخيص القلق العام:

تتضمن أعراض القلق كما ورد في (APA،2000):

أ) قلق وهم زائدان (توقع مكروه)، يحدثان في اغلب الأيام لمدة ستة أشهر على الأقل، حول عدد من الظروف أو الأنشطة (مثل العمل أو الأداء المدرسي).

ب) يجد الشخص صعوبة في السيطرة على قلقه.

ج) يقترن القلق أو الهم بثلاثة أو أكثر من الأعراض الستة التالية (بعض الأعراض توجد في اغلب الأيام طوال الستة أشهر الماضية):

١- عدم الاستقرار Restlessness أو الشعور بالإثارة أو أنه على حافة الهاوية.

٢- سرعة الشعور بالتعب.

٣- صعوبة التركيز أو الاستيعاب.

٤- التكدر Irritability.

٥- التوتر العضلي.

٦- اضطراب النوم (صعوبة البدء في النوم أو مواصلته أو نوم متقلب غير مشبع).

د- ليس القلق والهم مقصورين على مظاهر اضطراب من اضطرابات المحور I، مثال ذلك: ليس القلق أو الهم خوفا من حدوث نوبة هلع(كما في اضطراب الهلع).

ه- يؤدي القلق أو الهم أو الأعراض الجسمية إلى كرب دال إكلينيكيا أو اختلال في الأداء الاجتماعي أو المهني أو الوظائف المهمة الأخرى.

و- ليس الاضطراب نتيجة التأثيرات الفسيولوجية المباشرة لإحدى المواد (مثل:عقار إدماني،دواء) أو لمرض جسمي عام(مثل: زيادة نشاط الغدة الدرقية)، ولا يحدث على وجه الحصر أثناء اضطراب المزاج ،أو اضطراب ذهاني، أو اضطراب النمو الشامل.

أنواع القلق

قد تختلف شدة القلق بين شخص وآخر، وقد تختلف شدته من حالة إلى أخرى لدى نفس الشخص. وهناك تصنيفات عديدة للقلق وأنواعه.

١-القلق كما ورد في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية (DSM-IV-TR):

أ- نوبات الفزع أو الهلع Panic Attack.

ب- رهاب الأماكن المفتوحة Agoraphobia.

ت- اضطراب الهلع غير المرافق لرهاب الأماكن المفتوحة Panic Attack Without Agoraphobia.

ث- رهاب الأماكن المفتوحة دون وجود تاريخ لاضطراب الهلع.

ج- الرهاب أو الخوف المحددSpecific Phobia.

ح- الرهاب الاجتماعي Social Phobia.

خ- اضطراب الوسواس القهريObsessive Compulsive Disorder.

د- اضطراب ما بعد الصدمة النفسية Posttraumatic Stress Disorder.

ذ- اضطراب الضغط الحاد Acute Stress Disorder.

ر- اضطراب القلق العام Generalized Anxiety Disorder.

٢-القلق عند شيهان حيث انه فرق بين نوعين من القلق

أ) خارجي المنشأ: إذ يهدد أمن الفرد بشيء كالضغط النفسي والخطر وهذا النوع يمكن تمييزه بسهولة.

ب) داخلي المنشأ:هو الاضطراب وهو ينبع من مصدر داخلي عند الفرد ويظهر فجأة لدى الأفراد مترافقاً مع أعراض القلق (شيهان، ١٩٨٨).

٣-القلق عند فرويد

ميز فرويد بين ثلاث أنواع من القلق:

أ-القلق الموضوعي:

حيث انه يرى أن القلق الموضوعي يرتكز على الخوف الموضوعي، وهو ردة فعل لخطر خارجي معروف المصدر. ويكون الخطر موجود في العالم الخارجي وهو خطر محدد مثل قلق الشخص لدى معرفته نتيجة تحليل طبي ، ويسمى هذا القلق بالقلق السوي أو الحقيقي أو الواقعي أو القلق خارجي المنشأ.

ب-القلق العصابي:

وهو خوف مزمن بدون مبرر مع توافر أعراض نفسية وجسمية متعددة ، وهو خوف من خطر غير معروف المصدر، ويكون سببه داخلي ويسمى القلق داخلي المنشأ(فرويد، ١٩٦٢).

ج-القلق الخلقي:

حيث يرى فرويد أن الأنا الأعلى هي مصدر الخطر في هذا النوع من القلق ، أي أن يكون الفرد خائفاً من أن تعاقبه الأنا الأعلى بسبب ارتكابه عملا ما ، أو بسبب تفكيره بشيء يعارض معايير الأنا الأعلى (حافظ ,٢٠٠٢).

٤- القلق عند سبيلبيرجر و كاتيل

حيث أنهما ميزا بين نوعين من القلق

أ- القلق كحالة State Anxiety: وهو استجابة انفعالية موقفية ومؤقتة غير سارة تتسم بمشاعر ذاتية تتضمن التوتر والخشية والعصبية والانزعاج، كما تتصف بتنشيط الجهاز العصبي الذاتي وزيادة تنبيهه ، وتحدث عندما يدرك الفرد تهديداً خارجياً أو منبها معيناً أو موقفاً ما قد يؤدي إلى إيذاءه أو إحاطته بخطر من الأخطار. ويختلف هذا القلق في شدته من موقف لآخر ويتغير عبر الزمن تبعاً لتكرار المواقف العصبية التي يصادفها الفرد

ب-القلق كسمة Trait Anxiety: القلق هو سمة ثابتة نسبياً في الشخصية ، حيث أن هناك اختلاف لدى الناس في درجة القلق وفقاً لما اكتسبه كل منهم في طفولته من الخبرات

السابقة، وتقوم بتنشيطه منبهات داخلية أو خارجية ولا يختلف مستواه عند الشخص من وقت لآخر.

ويعتبر كاتل القلق واحداً من سمات الشخصية التي يكشف عنها اختباره المعروف بعوأمل الشخصية الستة عشر 16PF (Cattle, 1967).

تفسير القلق

– ترى نظرية التحليل النفسي لفرويد أن القلق ينشأ من كبت الرغبة الجنسية أو إحباطها.

– النظرية النفسية الاجتماعية لادلر وكارين هورني وهاري ستال سوليفان. حيث يرى ادلر أن القلق ينشأ نتيجة التفاعل بين الفرد والبيئة. أما هورني فترى أن القلق ينشأ من ٣ عوأمل:

١- الشعور بالعجز.
٢- الشعور بالعدوان.
٣- الشعور بالعزلة.

أما سوليفان يرى أن القلق هو أحد المحركات الأولية في حياة الفرد، وأعطى أهمية كبيرة للعلاقات الاجتماعية حيث انه يعتقد أن شخصية الفرد تتكون من خلال هذه العلاقات.

– النظرية الإنسانية ترى أن القلق هو الخوف من المستقبل ، فالقلق ينشأ مما يتوقع الإنسان حدوثه وليس عن ماضي الفرد.

– النظرية الوجودية ترى أن الإنسان يعيش للمستقبل والقلق ليس حالة مرضية ولكنه مكون من مكونات الذات ولا يمكن أن تتحقق شخصية الفرد ما لم يعيش القلق ويعانيه.

– النظرية الإدراكية لكيلي تعتقد أن الدافع الأساسي في شخصية الإنسان هو الرغبة في التكهن بالمستقبل، وأننا نشعر بالقلق كلما ندرك بأن نظامنا التفسيري لا يستطيع تغطية كل الحقائق والوقائع اليومية أو العجز عن إدراك وتوقع الأحداث (مجيد،٢٠٠٨).

الاكتئاب

ترتبط أحيانا مشاعر الاكتئاب بمشاعر القلق والتي وجد أنها لا تقتصر على الراشدين فقط وإنما الأطفال معرضون للاكتئاب. ويحدث الاكتئاب لدى الجنسين ولكنه ينتشر لدى النساء أكثر من الذكور بنسبة ٢:١، ويعتبر الانتحار من اخطر نتائج الاكتئاب ويحدث عندما يشعر الفرد انه قليل الأهمية ويشعر بالذنب والعجز وعدم قيمة الحياة ، (البقور ، ٢٠٠٢).

يعتبر الاكتئاب من الاضطرابات النفسية الشائعة حتى أن درجة شيوعه بين الأفراد تفوقت على درجة شيوع القلق حيث انه يصيب من٥-١٥% من الأفراد، وهناك ما يقارب المائة مليون شخصاً يعانون من الاكتئاب لعام ٢٠٠٢. ويعد الاكتئاب من أكثر المشاكل الانفعالية التي تدفع الفرد إلى طلب المساعدة بكل أنواعها النفسية والاجتماعية والأسرية،(عبد اللطيف ،٢٠٠٢).
ويؤثر الاكتئاب على قدرات الفرد وفاعليته في العمل وممارسة أنشطة حياته اليومية التي اعتاد على القيام بها ويؤثر أيضا على التفاعل الاجتماعي للفرد.

مفهوم الاكتئاب

كان الاكتئاب يسمى قديما بالسوداوية Melancholy وهي مشتقة من كلمتين إغريقيتين هما Melas وتعني أسود و Chole وتعني أصفر. وقد ميزه الإغريق كاضطراب مزاجي واعتبروا أن سيطرة احد السوائل في الجسم هو سبب وجود المرض النفسي . حيث أن السوائل الأربعة (الدم والبلغم والصفراء والسوداء) هي التي تحدد شخصية الفرد ومزاجه، وبالتالي زيادة إفراز احد هذه السوائل تسبب المرض سواء العقلي أو الجسدي (السعايدة، ٢٠٠٩).

عرف كولز الاكتئاب على انه خبرة وجدانية ذاتية تتميز بأعراض من الحزن والتشاؤم وفقدان الاهتمام واللامبالاة والشعور بالفشل وقلة الرضا والرغبة في إيذاء الذات والتردد والإرهاق وفقدان الشهية وبطء الاستجابة وعدم القدرة على بذل أي جهد(المومني، ٢٠٠١).

ويعرف الشربيني (٢٠٠١) الاكتئاب على انه احد التقلبات المعتادة للمزاج استجابة لموقف نصادفه في حياتنا ، بحيث انه يؤدي إلى الشعور بالحزن والأسى مثل ، فراق صديق، أو خسارة مالية أو قد يكون الاكتئاب مصاحباً للإصابة بأي مرض آخر.

أشار بيك إلى أن الاكتئاب حالة اضطراب انفعالي تتميز بتدني مزاج الفرد، وظهور تغيرات نفسية مثل الإحساس بالوحدة والانطواء والأرق، وتغيرات جسمية كتغير وزن الجسم والخمول(بطء الاستجابة) ، (Beck, 1980).

ويعرف الدليل العالمي للأمراض النفسية (ICD-10) الصادر عن منظمة الصحة العالمية (World Health Organization,2007) الاكتئاب على انه "مجموعة أعراض نمطية تكون خفيفة ، أو متوسطة، أو نوبات اكتئاب حادة تشمل:عدم القدرة على التركيز، وانخفاض تقدير الذات، والشعور بعدم الأهمية ، والشعور بالذنب، والإقدام على الانتحار، وانخفاض المزاج، وانخفاض في النشاط، ومشاعر الذنب، ويمكن أن تكون مصحوبة بأعراض جسدية ،وفقدان الوزن، وفقدان الرغبة الجنسية.وهذا يتوقف على عدد وشدة الأعراض".

معايير تشخيص الاكتئاب:

أ- وجود خمسة أعراض (أو أكثر) من الأعراض التالية لمدة أسبوعين، والتي تمثل تغيراً عن الأداء الوظيفي السابق، على أن يكون واحد من الأعراض على الأقل أما (١) مزاج مكتئب أو (٢) فقد الاهتمام أو المتعة.

ملاحظة: لا تضمّن الأعراض الناجمة بشكل واضح عن حالة طبية عامة، ولا ضلالات أو هلاوس غير متوافقة مع المزاج السائدMood Incongruent.

١-مزاج مكتئب معظم اليوم، كل يوم تقريباً، ويُعبَّر عنه أما ذاتياً (مثل الشعور بالحزن أو بالفراغ) أو يلاحَظ من قبل الآخرين (مثل أن يبدو حزيناً دامعا).

٢- انخفاض واضح في الاهتمام أو الاستمتاع في كل الأنشطة أو معظمها وذلك معظم اليوم وفي كل يوم تقريباً، ويستدل على ذلك من خلال التصريح الذاتي أو بملاحظة الآخرين).

٣- نقص كبير في الوزن، بدون إتباع حمية، أو زيادة كبيرة فيه (مثل، التغير في الوزن لأكثر من 5% في شهر واحد) أو انخفاض الشهية أو زيادتها، كل يوم تقريباً.

٤- أرق أو النوم المفرط كل يوم تقريباً.

٥- تهيج أو تأخر نفسحركي كل يوم تقريباً(ملاحظ من قبل الآخرين، وليس مجرد أحاسيس شخصية بالتململ أو الوهن).

٦- تعب أو فقد طاقة كل يوم تقريباً.

٧-أحاسيس بانعدام القيمة أو شعور مفرط أو غير مناسب بالذنب (والذي قد يكون ضلالياً) كل يوم تقريباً، وليس مجرد لوم الذات أو شعور بالذنب لكونه مريضاً.

٨- انخفاض القدرة على التفكير أو التركيز، أو التردد، كل يوم تقريباً (أما معبّر عنه ذاتياً أو ملاحَظ من قبل الآخرين).

٩- أفكار متكررة عن الموت (وليس الخوف من الموت فقط)، أو تفكير متكرر بالانتحار بدون خطة محددة، أو محاولة انتحار أو خطة محددة للانتحار.

ب- لا تفي الأعراض بالمعايير الخاصة بنوبة مختلطة.

ج- تؤدي الأعراض إلى كرب ذو دلالة إكلينيكية أو اختلالاً في الأداء الاجتماعي أو المهني أو في مجالات هامة أخرى من الأداء الوظيفي.

د- لا تنجم الأعراض عن تأثيرات فسيولوجية مباشرة لمادة (مثل سوء استخدام عقار إدماني، تناول دواء) أو عن حالة طبية عامة (مثل قصور نشاط الغدة الدرقية).

ه- لا يمكن تعليل الأعراض بصورة أفضل من خلال حسرة الحداد (Bereavement) ، أي فقدان عزيز، إذ تستمر الأعراض لأكثر من شهرين أو تتصف باختلال وظيفي كبير أو انشغال مرضي بانعدام القيمة أو تفكير انتحاري أو أعراض ذهانية أو تأخر نفسحركي (APA,2000).

النظريات التي فسرت الاكتئاب:

-النظرية التحليلية:

يرى فرويد (١٩٨٣) أن الاكتئاب ينشأ في مرحلة الطفولة ، فإذا ارتبط الطفل بشخص ما عاطفياً فإنه يتقمص هذه الشخصية . وإذا ما فقده فإنه يشعر كأنه فقد نفسه، والغضب الذي كان سيوجهه إلى هذا الشخص سيحوله إلى نفسه ويبدأ في لوم ذاته. وهو ما أسماه فرويد " الغضب المحول إلى الداخل"، والذي يعتبره فرويد أساس الاكتئاب. وخلال حياة الفرد فإنه كلما تعرض لموقف موتر فإن هذه العملية تنشط من جديد.

-النظرية السلوكية :

يرى السلوكيين أن عملية التنشئة التي تمتاز باستخدام أساليب التعزيز قليلة ، والميل إلى استخدام العقاب يقود إلى الاكتئاب كما أن المكتئبين يعطون أنفسهم تعزيزاً أقل لسلوكاتهم الايجابية وعقابا أكثر لسلوكاتهم السلبية(سرحان ،الخطيب و جمال،٢٠٠٨).

يرى بافلوف أن الصدمات التي يتعرض لها الطفل في صغره والناتجة عن تكرار الخبرات المؤلمة كالفشل والحرمان والصدود توجد حالة من الاكتئاب (القضاه,١٩٩٩).

نظرية العجز المتعلم لسيليجمان (١٩٧٥) ترى أن العجز والاكتئاب ينشآن لدى الفرد نتيجة لإحساسه باختلال التوازن بين الجهود التي يبذلها والمكاسب التي يحصل عليها مما يشعره بالعجز عن السيطرة الإرادية على النتائج ويبدأ بالإحجام تدريجيا عن الاستجابة ليتخذ موقفاً

سلبياً حيث انه لا يستجيب للمزيد من المثيرات. ويرى سيليجمان أن توقع فقدان السيطرة على الأحداث سيؤدي إلى أعراض اكتئابية في الجوانب الدافعية والمعرفية والانفعالية (Freeman&Davis ،1990).

-النظرية المعرفية:

يرى العالم بيك أن أسلوب التفكير هو الذي يؤدي إلى المزاج المكتئب،وأن هناك مفاهيم محددة توضح الآليات النفسية في الاكتئاب وهي: الثلاثية المعرفية (The Third Tried)، الأخطاء أو التشوهات المعرفية في النظر إلى الذات والعالم الخارجي والمستقبل.

تصف الثلاثية المعرفية في الاكتئاب الرؤية السلبية للمكتئب عن نفسه وعن العالم وعن المستقبل، حيث تتخذ الأفكار السلبية حول الذات صورة معتقدات اكتئابية لدى الفرد، بحيث ينظر إلى نفسه بوصفه عاجزاً وخاضعاً للظلم ويفتقر إلى الكفاءة ، ويعزو خبراته غير السارة لأسباب ونقائص نفسية وجسمية وأخلاقية تكمن في ذاته (Beck et al.,1979).

أما الأفكار السلبية للفرد عن العالم والخبرات التي يمر بها، فهي تتضمن وصف الأشخاص المكتئبين الأحداث بأنها غير سارة، كما أنهم يسيئون تفسير المشاكل البسيطة التي تواجههم، ويروا انه من المستحيل حل مثل هذه المشاكل واجتيازها مما يؤدي إلى إصابة الفرد بالاكتئاب.

أما الأفكار نحو المستقبل فإن الشخص المكتئب يشعر باليأس عندما يفكر بالمستقبل ويعتقد أن الأشياء السلبية التي تحدث له الآن سوف تستمر في الحدوث في المستقبل بسبب النقص في شخصيته هو(Beck et al., 1979).

- النظريات الكيمأوية:

تعددت هذه النظريات،لكنها تركز على الاضطراب،حيث ترى أن النقص الذي يحصل في احد الناقلات العصبية الكيميائية مثل الدوبامين والنورأدرينالين و السيروتونين هو الذي يسبب الإصابة بالاكتئاب، ومما يدعم هذه النظريات أن مضادات الاكتئاب الفعالة هي التي تعمل على زيادة هذه الناقلات العصبية في المشابك العصبية بوسائل كيميائية مختلفة (سرحان وآخرون، ٢٠٠٨).

أنواع الاكتئاب:

يوجد أكثر من تقسيم للاكتئاب حيث أن الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية يصنف الاكتئاب إلى : انتكاسة اكتئاب كبرى، اضطراب اكتئابي ثنائي القطب، اضطرابات اكتئابية غير محددة (NOS).

أما تصنيف الأمراض النفسية حسب (ICD 10) فهي: انتكاسة اكتئاب شديدة أو بسيطة، اضطراب مزاجي ثنائي القطب، اكتئاب متكرر، اضطرابات مزاجية طويلة الأمد.ويوجد تقسيم يقول بوجود نوعين من الاكتئاب هما : الاكتئاب الذهاني والاكتئاب العصابي ويتميز الذهاني بوجود أوهام و هلاوس (سرحان وآخرون ، ٢٠٠٨).

***الضغط النفسي**

تعد الضغوط النفسية من الظواهر النفسية الشائعة في حياتنا اليومية وإحدى المفاهيم الرئيسية لفهم السلوك وتفسيره حيث أن الإنسان يشعر بالفرح عندما يشبع حاجاته وينتابه الشعور بالضيق والضغط النفسي إذا ما تم منعه من إشباع هذه الحاجات الموجودة لديه. وتشير الإحصاءات إلى أن ٨٠% من أمراض العصر الحديث كالنوبات القلبية، وارتفاع ضغط الدم، والصداع النصفي، وقرحة المعدة والقولون قد تكون بسبب الضغوط النفسية، (الشخانبة ،٢٠١٠) و٥٠% من مشكلات المرضى المراجعين للأطباء والمستشفيات ناتجة عن الضغوط النفسية وان ٢٥% من أفراد المجتمع الأمريكي يعانون شكلاً من أشكال الضغط النفسي،(قداح ،٢٠٠٧).

مفهوم الضغط النفسي:

يعرف Sely (1979) الضغط النفسي على أنه الاستجابة غير النوعية للجسم لأي طلب دافع ، وهو الطريقة اللاإرادية التي يستجيب لها الجسد بكل استعداداته العقلية والبدنية .

ويرى كل منLevin & Scotch (1970) أن الضغط النفسي حالة اضطراب وعدم كفاية في الوظائف المعرفية في المواقف التي يدرك الفرد فيها بأن هناك فرق بين ما يطلب منه سواء أكان داخلياً أو خارجياً وقدرته على الاستجابة لها.

ويعرف Mackay& Cox (1978) الضغط النفسي بأنه ظاهرة تنشأ من مقارنة الشخص للمتطلبات التي تطلب منه وقدرته على مواجهة هذه المتطلبات ، وعندما يحدث اختلال وعدم توازن في الآليات الدفاعية الهامة لدى الشخص ، ولا يتحكم الفرد بها يحدث الضغط وتظهر الاستجابات الخاصة به.

ويعرف مايرو(١٩٩٨) الضغط النفسي على انه العملية التي يتم من خلالها تقييم وتفسير الأحداث البيئية على أنها مهددة أو تحمل تحدياً للعضوية وتحديد كيفية التعامل والتكيف مع الأحداث (علي، ٢٠٠١).

ويرى هيل Hill أن الضغط النفسي حادثة تولد أزمة عند الفرد الذي ليس لديه الاستعداد الكامل للتعامل معها أو قد تكون درجة هذا الاستعداد قليلة (الطراونة ، ٢٠٠٠).

ويعرف Matheny & Aycock (1993) الضغوط النفسية على أنها مجموعة من المواقف أو الأحداث أو الأفكار التي تؤدي إلى الشعور بالتوتر ، وتتأتى عادة من اعتقاد المرء أن مطالب الموقف تفوق قدراته وموارده فيجد صعوبة في التدبر

ويرى تايلور(٢٠٠٨) أن الضغط خبرة انفعالية سلبية، يترافق ظهوره مع حدوث تغيرات بيوكيميائية ، وفسيولوجية ، ومعرفية، وسلوكية يمكن التنبؤ بها، ويمكن أن تؤدي أما إلى تغيير الحدث الضاغط ، أو إلى التكيف مع آثاره.

ويعرف Beech الضغط بأنه حالة نفسية ناتجة عن إخفاق الفرد في إشباع حاجاته ينتج عنها ثلاثة أنواع من ردود الفعل وهي: ردود الفعل الفسيولوجية وتتمثل في زيادة ضربات القلب، ارتفاع ضغط الدم، التوتر العضلي، وبطء في الجهاز الهضمي وكذلك زيادة في إفراز الأدرينالين. وردود الفعل المعرفية وتتمثل في: اضطراب مستوى التفكير، تناقص في القدرة الأدائية وعدم القدرة على اتخاذ القرارات. وردود الفعل السلوكية وتتمثل في: تناقص مستوى الأداء وتجنب المواقف المثيرة للاضطراب ، (Beech, 1982).

نظريات الضغط النفسي

هناك عدد من النظريات التي اهتمت بتفسير الضغط النفسي منها:

- **نظرية الوظائف الانفعالية:**

وتركز هذه النظرية على استجابة الفرد الانفعالية التي تنتج عن تعرضه لظروف ضاغطة، مما يؤدي إلى شعوره بالانزعاج والعدوان، ويرى ميلر ودولارد أن الفرد الواقع تحت تأثير الضغوط النفسية تقل مشاركته بالأعمال الاجتماعية ومساعدته للآخرين (Taylor, 1986).

- **نظرية العجز المتعلم :**

حيث ترى أن الضغط النفسي ينتج من شعور الفرد بالعجز المتعلم، أي أن الإنسان عندما يواجه الفشل في مواقف كثيرة ، يعتقد أنه غير قادر على القيام بأي سلوك ناجح، مما يولد الإحباط وعدم وجود الدافعية عند الفرد للقيام بأي عمل قد يطلب منه. وترى هذه النظرية أن هناك ثلاث أبعاد للتفسير المعرفي والذي قد يساهم في فهم أفضل للشعور بالعجز المتعلم والتنبؤ بإمكانية حدوثه وهي:

١- عزو الفشل عند الفرد إلى أسباب قد تكون داخلية أو خارجية.

٢- اتصاف العزو عند الفرد بالثبات.

٣- مدى شمولية التفسير لمجالات عديدة، أو انطباقه فقط على مجال واحد في الحياة.

وإذا عزا الفرد النقص في قدراته إلى عوامل ثابتة سواء أكانت داخلية أو خارجية ، ومن الصعب تغييرها فسيعتقد بأن مصادره الذاتية غير كافية لمواجهة الضغط النفسي مما يولد لديه المزيد من الشعور بالضغط النفسي.(الطراونة، ٢٠٠٠).

- **نظرية العوامل الاجتماعية:**

ترى هذه النظرية أن مشكلات الفرد في معظمها نابعة من عوامل بيئية اجتماعية، والبيئة الاجتماعية لها تأثير مباشر في خبرة الفرد الشخصية ، وينتج عن التفاعل بين الفرد وبيئته مشكلات تكون هي السبب في الضغط النفسي، وعندما يشعر الفرد بأنه غير متآلف مع بيئته الاجتماعية يشعر بالاغتراب، مما يؤدي إلى شعوره بفقدان المعنى (الأشياء لا قيمة لها عنده) والخسارة (الشعور بخسارة كل شيء) والعزلة، وهذه أمور تشكل جوانب من الضغط النفسي. (الطراونة، ٢٠٠٠)

مراحل الضغط النفسي:

حدد ماك جراتس (Mc Grattis) خمس مراحل لوصف لضغط النفسي وهي:

١- المثير: ويشير إلى القوى البيئية أو المواقف التي تؤدي إلى الضغط النفسي نتيجة تأثيرها على الفرد.

٢- الاستقبال: ويشير إلى العمليات المعرفية والإدراكية داخل الفرد والتي تعمل على توضيح وتفسير هذا المثير.

٣- الاستجابة: وهي إدراك مواقف الضغط النفسي والاستجابة لهذه المثيرات والمتغيرات بأعراض فسيولوجية ومظاهر سلوكية ونفسية.

٤- إدراك نتائج الاستجابات بالنسبة للفرد وبيئته: ويدرك فيها الفرد نتائج استجاباته وأثارها على الفرد نفسه وعلى المحيط الذي يعيش فيه.

٥- التغذية الراجعة: وهي تتبع كل مرحلة من المراحل السابقة.(Appley&Trumbull,1986).

ردود فعل الأفراد للضغط النفسي:

أوضح تايلور ١٩٨٦ أن استجابات الأفراد المختلفة للضغط النفسي متعددة ويمكن اعتبار بعضها إرادية والبعض الآخر لا إرادية وهي كما يلي:

١- الاستجابات الفسيولوجية: وذلك من خلال نشاط واضح في الجهاز العصبي السمبثأوي الذي يعمل على زيادة ضغط الدم والتنفس وسرعة نبضات القلب من خلال إفراز هرمون الأدرينالين والنور أدرينالين.

٢- الاستجابات السلوكية: وذلك حسب طبيعة الموقف الضاغط بالاستجابة له بالإقدام أو الإحجام.

٣- الاستجابات الانفعالية: مثل القلق والخوف، والغضب، والإحباط ، والاكتئاب.

٤- الاستجابات المعرفية: وتتضمن الاستجابة الإرادية للضغط النفسي مثل اضطراب الأداء في المهمات المعرفية وعدم القدرة على التركيز وتقييم الأفكار الناتجة عن الأذى وكيفية التغلب عليها.

أما لازاروس(Lazarus,1966) فقد صنف ردود فعل الأفراد للضغوط النفسية إلى أربع فئات هي:

١- ردود فعل فسيولوجية: وتشمل تفاعلات الجهاز العصبي اللاإرادي والغدة النخامية التي تفرز هرمونات نتيجة للضغط النفسي وكذلك تشمل زيادة النبض وضغط الدم والتنفس.

٢- ردود فعل سلوكية: مثل زيادة التوتر العضلي والارتجاف والاضطرابات اللفظية وتغير تعبيرات الوجه.

٣- ردود فعل معرفية : مثل ضعف القدرات المعرفية،

٤- ردود فعل انفعالية: مثل الخوف، والقلق، والغضب، والشعور بالذنب، والاكتئاب.

كما صنف بيتش ١٩٨٢ ردود فعل الأفراد للضغوط النفسية إلى ثلاث مجموعات:

١- ردود فعل معرفية: تتمثل في اضطراب مستوى التفكير، تناقص في القدرة الأدائية وعدم القدرة على اتخاذ القرارات.

٢- ردود فعل فسيولوجية: تتمثل في زيادة ضربات القلب، وارتفاع ضغط الدم، والتوتر العضلي، وبطئ في الجهاز الهضمي وكذلك زيادة في افرز الأدرينالين.

٣- ردود فعل سلوكية: تتمثل في تناقص مستوى الأداء وتجنب المواقف المثيرة للاضطراب.

وأشارت مارينر (١٩٨٤) إلى أن الضغط النفسي الذي يتعرض له الفرد يؤدي إلى أعراض معينة منها: الاكتئاب، والشعور بالذنب، والحزن، والعصبية الزائدة، والانسحاب، والإحباط المتكرر، وضعف التركيز، والغضب، وسرعة الانفعال، وارتفاع ضغط الدم وسرعة دقات القلب.

الدراسات السابقة

فيما يلي استعراض للدراسات السابقة العربية والأجنبية التي تنأولت متغيرات الدراسة المتمثلة بالقلق والاكتئاب ،والضغط النفسي لدى أمهات الأطفال الذين يعانون من مرض التوحد.

***الدراسات الأجنبية التي تناولت اضطراب التوحد:**

قام Rodrigur , Morgan& Geffke (1990) بإجراء دراسة هدفت إلى معرفة الوظائف النفسية لدى أمهات الأطفال الذين يعانون من التوحد،و تكونت العينة من(٦٠) أم مقسمة إلى: ٢٠ أم لطفل يعاني من التوحد، و٢٠ أم لطفل يعاني من متلازمة داون،و ٢٠ أم لأطفال نمو بشكل طبيعي حيث تمت المقارنة بينهم. وقد بينت النتائج أن أمهات أطفال التوحد كانوا أقل بالكفاءة الوالدية، والرضا الزوجي ، واقل قدرة على التكيف العائلي من أمهات المجموعتين الأخريات. وأظهرت أن أمهات أطفال التوحد وأمهات الأطفال الذين يعانون من متلازمة داون أكثر معاناة من عبء الرعاية وعبء العائلة وكان التخطيط لديهن مشوش ومعطل ، وكن أكثر استخدام للوم الذات كوسيلة للتكيف من أمهات الأطفال الطبيعيين.

قام كل من أولسون وهوانج Olsson &Hwang (2001) بقياس الاكتئاب لدى أمهات وآباء الأطفال الذين يعانون من إعاقات ذهنية Intellectual disability باستخدام قائمة بيك للاكتئاب، والتي تم تطبيقها على ١٢٦ عائلة لأطفال يعانون من التوحد و/أو إعاقة ذهنية و ٢١٤ عائلة لأطفال أسوياء. وأظهرت النتائج أن أمهات الأطفال الذين يعانون من التوحد حصلن على علامات مرتفعة على قائمة بيك للاكتئاب مقارنة بأمهات الأطفال ذوي الإعاقات الذهنية بدون توحد. وكانت مستويات الاكتئاب لديهن أعلى من آباء الأطفال الذين يعانون من التوحد، وآباء الأطفال الذين يعانون من إعاقات ذهنية وأكثر أيضا من الآباء والأمهات في المجموعة الضابطة(أهالي الأطفال الأسوياء) . وأظهرت الدراسة أيضا أن ٤٥% من أمهات الأطفال الذين يعانون من إعاقات ذهنية و٥٠% من أمهات الأطفال المصابين بالتوحد لديهن مستويات مرتفعة من الاكتئاب مقارنة ب ١٢%-١٥% لدى المجموعة الضابطة.

وقام Firat ,Diler ,ayse &Gulash (2002) بقياس الأمراض النفسية (قلق ،اكتئاب ، الليكسيثيميا Alexithymia) والأعراض النفسية العامة لدى أمهات الأطفال المصابين

بالتوحد وأمهات الأطفال المتخلفين عقليا.وتكونت العينة من ٤٠ أم لأطفال يعانون من التوحد و٣٨ أم لأطفال متخلفين عقلياً وتم استخدام المقابلة الإكلينيكية والمقاييس النفسية التي تبين القلق ،والاكتئاب ،والليكسيثيميا، وعرض الضغط النفسي .بلغت نسبة الأمهات غير المصابات بالاكتئاب ٢٧,٥% في مجموعة أمهات الأطفال المصابين بالتوحد ،ولم يكن هناك اختلاف في مستويات القلق والليكسيثيميا بين المجموعتين إلا أن الأمراض النفسية psychopathology لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد كانت أكثر تكراراً من أمهات الأطفال المتخلفين عقليا . وأظهرت النتائج أن أمهات الأطفال المصابين بالتوحد يخبرن الضغط النفسي أكثر من أمهات الأطفال المتخلفين عقلياً.

وقام Hasting (2003) بدراسة مشكلات الطفل السلوكية والصحة النفسية لدى الشريك وعلاقتهما بالضغط النفسي لدى أمهات وآباء الأطفال الذين يعانون من التوحد.وتكونت عينة الدراسة من ١٨ أب وأم لأطفال يعانون من التوحد أشاروا إلى وجود الضغط النفسي والصحة النفسية بشكل عام (مثل القلق والاكتئاب)، وقام المدرسين بتقدير المشكلات السلوكية لدى الأطفال الذين يعانون من التوحد.أشارت النتائج إلى عدم وجود فروق بين الآباء والأمهات في الضغط النفسي والاكتئاب ، لكن الأمهات اظهرن مستويات أعلى من القلق من الآباء. ارتبطت المشكلات السلوكية لدى الطفل والصحة النفسية للشريك بالضغط النفسي لدى الأم، بينما لم يحدث هذا لدى الآباء.

وأجرى كل من Yamada, Suzuki, Kato, Tanaka, Shindo, Taketani, Akechi, & Furukawa (2007) دراسة هدفت إلى تقييم مستويات الضغط الانفعالي لدى الأهالي الذين يعتنون بأطفال يعانون من الاضطرابات النمائية الشاملة والارتباطات بين هذه الضغوط.شمل مجتمع الدراسة المجتمع الياباني، وتكونت عينة الدراسة من ١٤٦ عائلة منهم ١٤٧ أمهات و١٢٢ آباء ل ١٥٨ طفل يعانون من اضطرابات نمائية (٤٢ توحد، ٣٥ اضطراب اسبرجر، ٨١ اضطرابات نمائية شاملة غير محددة). تم استخدام K6 لقياس مستوى الضغط لدى الأهالي ، وتم قياس العلاقات الزواجية والشخصية باستخدام Intimate Bond Measure (IBM) ومقياس العوامل الخمسة الجديد NEW Five Factor Inventory وقام الأهالي بتقدير خصائص أطفالهم الين يعانون من اضطرابات نمائية شاملة باستخدام مقياس تقدير الاضطرابات النمائية الشاملة–التوحد للمجتمع الياباني .حصلت الأمهات لأطفال يعانون من الاضطرابات

نمائية على درجات أعلى على مقياس K6 من الأمهات في باقي المجتمع وارتبط الضغط الانفعالي لدى الأمهات بسمة الشخصية العصابية والملائمة\مناسبة Agreeableness.

في دراسة Pisula (2007) والتي هدفت إلى تحديد مستويات الضغط النفسي لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد مقارنة مع الضغط النفسي لدى أمهات الأطفال الذين يعانون من متلازمة داون. وتكونت العينة من ٢٥ أم للأطفال المصابين بالتوحد و٢٥ أم لأطفال يعانون من متلازمة داون ،حيث تم استخدام استبانه المصادر والضغط Questionnaire on resources and stress (QRS) .توصل الباحث إلى أن أمهات الأطفال المصابين بالتوحد اظهرن مستويات ضغط أعلى على ٧ من ١٥ مقياس فرعي من مقاييس (QRS).

دراسة أخرى لكل من Davis & Carter(2008) قاموا بها بفحص الضغط الوالدي Parenting stress لدى أمهات وآباء الأطفال الذين يعانون من اضطرابات طيف التوحد Autism Spectrum Disorders (ASD) ، وارتباطه مع سمات وخصائص الطفل . تكونت عينة الدراسة من ٥٤ أم وأب لأطفال يعانون من (ASD) وتوصلت الدراسة إلى أن العجز والتأخر في الارتباط الاجتماعي لدى الأطفال ارتبط مع الضغط الوالدي الكلى(أباء وأمهات)، بينما ارتبطت مشكلات العلاقة بين الطفل والوالدين مع الضغط لدى الأمهات والسلوكات الخارجية للطفل ارتبطت مع الضغط لدى الآباء.

وأجري كل من Phetrasuwan & Miles (2009) دراسة بعنوان الضغط الوالدي لدى أمهات الأطفال الذين يعانون من اضطراب طيف التوحد، حيث هدفت هذه الدراسة إلى وصف مصادر الضغط النفسي لدى أمهات الأطفال الذين يعانون من اضطراب طيف التوحد، واختبار الارتباط بين الضغط الوالدي والحالة النفسية للأمهات(اكتئاب–سعادة). وتم استخدام المنهج الوصفي في هذه الدراسة وجمعت البيانات بواسطة Mailed Questionnaires. توصلت الدراسة إلى أن الأعراض السلوكية لدى أطفال التوحد كانت هي المصدر الأول للضغط النفسي ولم يكن هناك ارتباط بين خصائص الأطفال والضغط الوالدي. وأظهرت الأمهات أعراض اكتئابية أكثر ومستويات منخفضة من السعادة.

أجرى Carter &Gray (2009) دراسة هدفت إلى تحديد الاستقرار والتغير في الأعراض الاكتئابية لدى الأمهات اللواتي يربين أطفال يعانون من اضطراب طيف التوحد، حيث

تكونت عينة الدراسة من ١٤٣ أم لأطفال صغار يعانون من التوحد وكان ٧٧% من هؤلاء الأطفال ذكور مقيّمين ، والتحقن بالدراسة عندما كانت أعمار أطفالهن (١٨-٣٣) شهراً وبعدها في عمر عامين ، حيث أن التقييم الأول أظهر أن الأمهات اللواتي يربين أطفال يعانون من اضطراب طيف التوحد اظهرن أعراض مرتفعة للاكتئاب وفي التقييم الثاني أظهرت الأمهات تغير في الأعراض الاكتئابية والمزاج وزاد المزاج الغاضب/العدائي، انخفاض الكفاءة الوالدية والدعم الاجتماعي. وارتبطت أساليب التكيف مع شدة الاكتئاب، فقط قلق الأمهات والكفاءة الوالدية كانا العاملين اللذين تنبئا بالتغير الفردي والعديد من الأمهات لم يظهرن التكيف.

دراسة أخرى قأم بها كل من Nunes & Santos (2010) كان هدفها تقييم أعراض النفور/ الاكتئاب Dysphoria/ Depression لدى أمهات الأطفال الذين يعانون من التوحد وتحديد الارتباطات بين جودة الحياة البروفايل الاجتماعي الديموغرافي. تضمنت الدراسة ٢٠ أم لأطفال توحد ، وتم تطبيق استبانه البروفايل الاجتماعي الديموغرافي والإصدار البرازيلي لاختبار بيك للاكتئاب. توصلت النتائج إلى وجود معايير الاكتئاب لدى ١٥% من الأمهات وتم تقييم جودة الحياة بطريقة ايجابية لدى ٧٠% منهن. ٤٠% منهن كان لديهن رضا عن صحتهن. وكان هناك ارتباط ايجابي بين جودة الحياة ودخل الأسرة والمستوى التعليمي،وارتباط سلبي بين جودة الحياة والاكتئاب.

وقام كل من Charnsil & Bathia (2010) بإجراء دراسة هدفت إلى إيجاد نسبة انتشار اضطراب الاكتئاب العام واضطراب الاكتئاب العصابي (الديسثيميا) لدى القائمين على رعاية الأطفال الذين يعانون من التوحد، وتحديد العوامل المرتبطة بهذه الاضطرابات. تكونت عينة الدراسة من ٢٧ مربين الأطفال الذين يعانون من التوحد، وتم استخدام المقابلة العصبية النفسية الدولية المصغرة Mini International Neuropsychiatric Interview ، وتوصلت الدراسة إلى أن ٢٦% من المشاركين ظهر لديهم اضطرابات اكتئابية ، و١٤,٨% منهم حققوا معايير اضطراب الاكتئاب العام، و١١,١% منهم حققوا معايير اضطراب الاكتئاب العصابي (الديسثيميا). انخفاض مستوى التعليم كان من العوامل الهامة والتي ارتبطت بشكل ذو دلالة مع ارتفاع الاكتئاب.

*** الدراسات الأجنبية التي تناولت متغيرات الدراسة المتعلقة بالأطفال المعاقين:**

ودرس Brandt (1991) القلق واستراتيجيات الدفاع لدى أمهات الأطفال الذين يعانون من إعاقات مختلفة تضمنت: فصام الطفولة Childhood Psychosis، الإعاقات الحركية، ومتلازمة داون. وتم استخدام اختبار صورة الأم – الطفل (Mother–Child Picture Test) (MCPT) وتم قياس مستويات القلق باستخدام مقياس القلق والاكتئاب الخاص بالمستشفى Hospital Anxiety and Depression Scale (HSD) . أظهرت النتائج غياب للقلق لدى أمهات الأطفال الذين يعانون من فصام الطفولة وكان ذلك بسبب سوء التفسير والفشل في إدراك فكرة (MCPT)، لكن هذا لم يحدث لدى أمهات الأطفال ذوي الإعاقات الحركية ومتلازمة داون. وبينت الدراسة أن أمهات الأطفال ذوى الفصام الطفولي لديهن استراتيجيات دفاعية نشطة وهي مهمة لتجنب الشعور بالقلق الذي يحدث خلال تفاعل الأم مع الطفل. وتوصلت الدراسة إلى أن هناك مستويات منخفضة من القلق لدى أمهات الأطفال الذين يعانون من إعاقات حركية ومتلازمة داون مترافق مع عدم وجود للحيل الدفاعية القوية .

وأجرى Troster (2000) دراسة حول مصادر الضغط النفسي لدى أمهات الأطفال الذين يعانون من عجز بصري. تم استخدام استبانه الوالدين والتي تتكون من جزأين: الجزء الأول يتناول موضوعات العائلة، وإعاقة الطفل. أما الجزء الثاني تناول موضوع العجز الوظيفي لدى الطفل، والضغط اليومي الذي تتعرض له الأمهات، والدعم الاجتماعي. شمل المجتمع خمسة مراكز تدخل مبكر والتي تعتني بأهالي الرضع وأطفال ما قبل المدرسة الذين يعانون من عجز بصري، وتكونت العينة من ٥١ أم لهؤلاء الأطفال. وجدت هذه الدراسة أن أمهات الأطفال الذين يعانون من عجز بصري بعمر (٨–٨٧) شهراً يخبرن ضغط نفسي كبير أكثر من أمهات الأطفال غير المعاقين خصوصا في المجالات التي تتضمن سلوك الطفل أو عندما يعاني الطفل من إعاقات متعددة.

قام كل من Glidden & Schoolcraft (2003) دراسة طولية استمرت لمدة ١١ عام من المتابعة .حيث ركزت الدراسة على الأعراض الاكتئابية وكيف تتغير هذه الأعراض عبر الوقت لدى عينة من ١٨٧ من أمهات الأطفال الذين يعانون من إعاقات ذهنية. واهتم الباحثين فيما إذا كان هناك اختلافات في الاكتئاب بين الأمهات المتبنيات Adaptive Mothers

اللواتي على دراية واستعداد لتربية أبناءهن الذين يعانون إعاقات ذهنية، والأمهات البيولوجيات Birth mothers للأطفال الذين كان تشخيصهم غير متوقع ويؤدي إلى أزمة متكررة تدوم عبر الزمن. تم جمع البيانات ثلاث مرات خلال الدراسة وتم تحليلها باستخدام التباين و معامل الانحدار. أظهرت النتائج وجود مستويات منخفضة من الاكتئاب لدى كلى النوعين من الأمهات ولم يكن هناك فروق فيما بينهما بعد١١ عام من المتابعة. متغير الشخصية العصابية (Neuroticism) كان المتنبئ الأقوى للاكتئاب لكلى النوعين من الأمهات.

وأجرى كل من Duvdevany & Abboud (2003) دراسة اختبرت اثر نظام الدعم الاجتماعي على مستويات الضغط النفسي والإحساس بالسعادة الشخصية لدى أمهات الأطفال ذوى الحاجات الخاصة العربيات ممن يقطن في حدود ٤٨، وتكونت العينة من ٥٠ أم تمت رعايتهم بخدمات الرعاية (صحية، مالية) في منطقة الناصرة، و٥٠ أم لم يحصلن على الرعاية. تمت المقارنة بين الأمهات المتعلمات والمتحضرات (يعشن بالمدينة) ، والأمهات الأقل تعليماً واللواتي يقمن في الريف. أظهرت النتائج وجود ارتباط بين مصادر الدعم غير الرسمية والضغط النفسي والاقتصادي لدى الأمهات ، حيث أن ارتفاع نسبة الدعم ترافق مع انخفاض الضغط النفسي لدى الأمهات، وكان هناك ارتباط بين مصادر الدعم والإحساس بالسعادة والرفاه الشخصي حيث أن ارتفاع مصادر الدعم غير الرسمية ترافق مع ارتفاع الإحساس بالرفاه لدى الأمهات. ولم يكن هناك ارتباط بين التعليم ومكان السكن من جهة، ومستويات الضغط النفسي والرفاه الشخصي من جهة أخرى.

أجرى Ceylan & Aral (2007) دراسة اختبرت الارتباط بين الاكتئاب ومستويات اليأس لدى أمهات الأطفال المعاقين الذين تتراوح أعمارهم بين ٥-٧ سنوات . تكونت العينة من ١٢٦ أم لأطفال معاقين يدرسون في المدارس الابتدائية التابعة لوزارة التعليم أو المدارس الخاصة، وتم تطبيق مقياس بيك اكتئاب ومقياس بيك لليأس ونموذج المعلومات العامة. توصلت النتائج إلى وجود ارتباط ذو دلالة بين الاكتئاب واليأس لدى أمهات الأطفال المعاقين.

دراسة أخرى قام بها Boswell (2007) هدفت إلى اختبار التكرار والتنبؤ باضطراب المزاج، والقلق، والضغط النفسي لدى أمهات الأطفال الذين يعانون من متلازمة إكس الهش أو المكسور (حالة وراثية شائعة تحدث بعض المشكلات السلوكية ومشكلات التعلم) Fragil X ،

وأمهات الأطفال الذين يعانون من التوحد، وأمهات الأطفال الذين يعانون من متلازمة Fragil X والتوحد معاً. تكونت عينة الدراسة من ثلاث مجموعات: ٥٨ من أمهات الأطفال الذين يعانون من متلازمة Fragil X ، و١٩ من الأمهات لأطفال يعانون من التوحد، و ٣٨ من أمهات الأطفال الذين يعانون من متلازمة Fragil X والتوحد معاً. أظهرت الدراسة أن أمهات الأطفال الذين يعانون من التوحد اظهرن مستويات مرتفعة من اضطراب القلق العام مقارنة بأمهات الأطفال الذين يعانون من متلازمة Fragil X، وأمهات الأطفال الذين يعانون من متلازمة Fragil X والتوحد معاً. وتبين أن الأعراض التوحدية المرضية هي التي تتنبأ بالضغط النفسي لدى الأمهات، والمشكلات السلوكية لدى الأطفال تنبأت بالقلق واضطراب المزاج والضغط النفسي لدى الأمهات من كل المجموعات. الأسباب الوراثية و/أو البيئية ارتبطت بزيادة معدلات اضطراب القلق العام لدى أمهات الأطفال الذين يعانون من التوحد مقارنة بأمهات الأطفال الذين يعانون من متلازمة Fragil X.

وبحث كل من Butcher, Wind & Bouma (2008) الارتباط بين المشكلات الحركية والسلوكية لدى الأطفال الذين يعانون من وهن نصفي Hemiparesis وأعراض الضغط النفسي لدى أهاليهم، مع الانتباه الخاص للعوامل النفسية التي تتوسط مشكلات الأطفال وأعراض الضغط النفسي لدى الأهالي ، تكونت العينة من ١٠٨ من آباء وأمهات الأطفال الذين يعانون من شلل نصفي والذين هم أعضاء في مؤسسة للإعاقات الحركية في هولندا ، وتم تطبيق استبانات تقيّم المشكلات الطبية والوظيفية والسلوكية لدى الأطفال، واستبانات تقيس خبرات الضغط النفسي لدى الآباء والأمهات. أظهرت النتائج أن كلى الأمهات والآباء أظهروا مستويات مرتفعة وطويلة المدى وأكثر تكراراً من الضغط النفسي. مؤشرات الضغط النفسي طويل المدى ارتبط مع المشكلات السلوكية لدى الأطفال، وارتبط بدرجة أقل شدة مع العجز في وظائف الحياة اليومية، وأدت هذه المشكلات إلى تقليل إحساس الوالدين بالكفاءة والدعم الاجتماعي، ولم يكن هناك اختلاف في مستويات الضغط النفسي بين الآباء والأمهات.

دراسة أخرى قام بها كل من Bumin, Gunal & Tukel (2008) هدفت إلى بحث علاقة القلق والاكتئاب مع جودة الحياة لدى أمهات الأطفال المعاقين، حيث شملت الدراسة ثلاث مراكز إعادة تأهيل في مدينة أنقرا. تكونت العينة من ١٠٧ أم لأطفال معاقين، وتم استخدام قائمة بيك للاكتئاب، وقائمة القلق حالة وسمة، وبروفايل نوتنجهأم للصحة الجزء ١ لتقييم القلق

والاكتئاب وجودة الحياة لدى الأمهات وتم القيام بالتقييم خلال علاج الأطفال في مراكز التأهيل. توصلت الدراسة إلى وجود ارتباط ذو دلالة بين قائمة القلق حالة ومستوى ردود الفعل الانفعالية الصادرة عن الطفل، ومستوى الطاقة، والنوم في بروفايل نوتنجهأم للصحة. وكان هناك ارتباط ذو دلالة بين مستوى تعليم الأم و بروفايل توتنجهأم للصحة . واستنتجت الدراسة أن أمهات الأطفال المعاقين لديهن قلق واكتئاب، وزيادة مستويات القلق والاكتئاب تؤثر بشكل سلبي على جودة الحياة لدى الأم.

وهدفت دراسة كل من Leao, Zhang, Sousa,Mendoza, Chadha, Lovatel, Lincho, Leal, Sinzkel, Nicoletti, Martillo (2009) إلى مقارنة انتشار الاكتئاب بين أمهات الأطفال الذين يعانون من الربو وأمهات الأطفال الذين لا يعانون من الربو، وبحثت أثر شدة ومدة الربو على الاكتئاب لدى الأمهات. تضمنت الدراسة ٨٠ أم لأطفال يعانون من الربو و ١٦٠ أم لأطفال طبيعيين واللواتي يتوجهن إلى طبيب الأطفال في العيادات الخارجية في المستشفى التعليمي في البرازيل، وتم تطبيق قائمة بيك للاكتئاب. توصلت الدراسة إلى وجود الاكتئاب بنسبة أعلى لدى أمهات الأطفال المصابون بالربو مقارنة مع أمهات الأطفال الطبيعيين(نسبة ٤٣% إلى ١٧,٥%). وتبين أن أمهات الأطفال الذين يعانون من ربو دائم لديهن نسب اكتئاب أعلى من أمهات الأطفال ذوي الربو المؤقت.

وقأم كل من Sajedi, Alizad, Malekkhosravi, Karimlou & Vameghi (2010) دراسة هدفت إلى التعرف على شدة الاكتئاب لدى أمهات الأطفال الذين يعانون من الشلل الدماغي Cerebral Palsy (CP) مقارنتاً مع أمهات الأطفال الأسوياء وعلاقته بنوع (CP) وشدة الإعاقة. تكونت عينة الدراسة من ٤٣ أم لأطفال لديهم (CP) أعمارهم تقل عن ٨ سنوات ويتلقون الخدمات من عيادة (ASBA) التابعة لجامعة طهران في إيران و ٧٧ أم لأطفال أسوياء تم استخدامهم كمجموعة ضابطة، وتم اختيار المجموعة بالتعيين البسيط ، وتم استخدام نموذج تسجيل البيانات وقائمة بيك للاكتئاب٢. تم تحديد نوع (CP) وشدة الإعاقة من قبل طبيب الأطفال والمعالج الوظيفي. توصلت الدراسة إلى وجود اختلاف ذو دلالة في متوسط درجات الاكتئاب بين المجموعتين ، وتبين أن وجود طفل يعاني من (CP) يزيد من خطورة تطور اكتئاب لدى الأمهات ٢,٢٦مرة ، ولم يكن هناك اختلاف في درجات الاكتئاب مرتبطة مع ارتفاع شدة الإعاقة.

وأجرى (Dabrowska & Pisula (2010 دراسة هدفت إلى اختبار الضغط النفسي لدى أمهات وآباء الأطفال في عمر ما قبل المدرسة الذين يعانون من التوحد، متلازمة داون، والأطفال الطبيعيين، وتقييم الارتباط بين الضغط الوالدي ونمط التكيف. وتكونت العينة من ١٦٢ من أهالي تم اختبارهم باستخدام النموذج المختصر لاستبانه المصادر والضغط لعائلات الأطفال الذين يعانون من إعاقات مزمنة ، وقائمة التكيف للمواقف المليئة الضغط. أشارت النتائج إلى وجود مستويات مرتفعة من الضغط لدى أهالي الأطفال المصابين بالتوحد، وارتفاع نسبة الضغط النفسي لدى الأمهات مقارنة بالآباء ، ولم يكن هناك فروق بين مجموعة أهالي الأطفال الذين يعانون من متلازمة داون وأهالي الأطفال الطبيعيين.

وأجرى Gupta & Kaur (2010) دراسة اختبرت الضغط النفسي لدى أهالي الأطفال الذين يعانون من إعاقات ذهنية. وتكونت عينة الدراسة من ١٠٢ أسرة منهم ٣٠ أسرة لأطفال لا يعانون من إعاقات . تم استخدام اختبار تقييم الضغط النفسي والذي يتكون من جزأين جسمي وعقلي. الأول مكون من ١٩ فقرة والثاني من ٢١ فقرة وتم تطبيق الاختبار لمعرفة الاختلافات الجندرية والاختلاف بين الضغط الجسمي والعقلي. أظهرت النتائج أن معظم أهالي الأطفال ذوي الإعاقات الذهنية يخبروا الضغط النفسي المرتبط بالضغط العقلي والجسمي بشكل ذو دلالة. الاختلافات الجندرية في الضغط النفسي حدثت فقط في المجال العقلي.

*الدراسات العربية التي تناولت متغيرات الدراسة المتعلقة بأطفال التوحد والإعاقات الأخرى:

قام كل من ملكوش ويحيى(١٩٩٥) بدراسة الضغوط النفسية والدعم الاجتماعي لدى أباء وأمهات الأطفال المعاقين في مدينة عمان. تكونت العينة من ١٦٦ أبا وأماً أكملوا استبانه لقياس الضغط النفسي واستبانه أخرى لقياس الدعم الاجتماعي ، وبينت النتائج ظهور مستويات مرتفعة من الضغط النفسي لدى أباء الأطفال المعاقين وأمهاتهم، ولم يكن هناك اختلاف في درجة الضغوط عند الآباء عن درجة الضغوط عند الأمهات. ووجدت علاقة ايجابية بين درجة الضغوط ودرجة الدعم الاجتماعي.

دراسة أخرى قامت بها يحيى (١٩٩٩) هدفت إلى التعرف على المشكلات المختلفة الناجمة عن الإعاقة والتي يعاني منها ذوو الطلبة المعاقين عقلياً وسمعياً وحركياً، ودراسة أثر متغيرات العمر الزمني للطفل المعاق، وجنسه، ونوع إعاقته في هذه المشكلات. تكونت عينة الدراسة من ٩٠ أسرة في مدينة عمان ممن يلتحق إباءهم بمؤسسة رعاية خاصة، منها ٣٠ أسرة لأطفال لديهم إعاقات عقلية، و٣٠ أسرة لأطفال لديهم إعاقات حركية، و٣٠ أسرة لأطفال لديهم إعاقات سمعية، ونصف تلك الأسر لها أطفال ذكور ونصفها الآخر لها أطفال إناث. ولأغراض الدراسة تم استخدام قائمة بأسئلة لها علاقة بالمشكلات الاقتصادية، والاجتماعية، والانفعالية. واستخدمت المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والنسب المئوية وتحليل التباين الثلاثي للإجابة عن أسئلة الدراسة. توصلت الدراسة إلى أن أكثر المشكلات التي تواجه الأسر كانت المشكلات الانفعالية تليها المشكلات الاجتماعية ثم المشكلات الاقتصادية. وأشارت النتائج إلى وجود فروق في المشكلات الانفعالية لدى ذوي الأطفال المعاقين نعزى لنوع الإعاقة.

وأجرت بخش (٢٠٠٢) دراسة هدفت إلى التعرف على الضغوط الأسرية التي تواجه أمهات الأطفال المعاقين عقلياً وعلاقتها بالاحتياجات الأسرية والمساندة الاجتماعية كوسيلة لخفض حدة تلك الضغوط. تكونت العينةمن١٠٠ أم لأطفال معاقين عقلياً في مدينة جدة والذين هم ملتحقين بمراكز الإنماء الفكري. وتراوحت أعمار الأمهات بين ٢٤-٤٥ ، بينما تراوحت أعمار الأطفال بين ٦-١٤ عام. تم استخدام مقياس الضغوط لأمهات الأطفال المعاقين عقلياً، ومقياس احتياجات أولياء أمور الأطفال المعاقين عقلياً ، ومقياس المساندة الاجتماعية. توصلت الدراسة إلى وجود علاقة ارتباطيه بين الضغوط و الاحتياجات الأسرية لأمهات الأطفال المعاقين عقلياً.وهناك علاقة ارتباطيه دالة بين الضغوط والاحتياجات الأسرية عند عزل المساندة الاجتماعية، وبين الاحتياجات الأسرية والمساندة الاجتماعية عند عزل الضغوط، بينما لا توجد علاقة ارتباطيه دالة بين الضغوط والمساندة الاجتماعية عند عزل الاحتياجات الأسرية.

أجرى البديرات (٢٠٠٦) دراسة هدفت إلى التعرف على مصادر الضغوط النفسية لدى إخوة الأطفال الذين يعانون من التوحد وعلاقتها ببعض المتغيرات الشخصية والأسرية وهي : الجنس، ودرجة التعليم، والمستوى الاقتصادي. وتكونت عينة الدراسة من ٨٨ فردا تم اختيارهم بالأسلوب الطبقي العشوائي من عدة مؤسسات، وتم استخدام مقياس مطور من قبل الباحث يضم ٤٤ فقرة موزعة على أربع مجالات. توصلت الدراسة إلى وجود تباين في مصادر الضغوط

النفسية لدى إخوة وأخوات الأطفال الذين يعانون من التوحد إضافة إلى وجود فروق في درجة الضغط النفسي تعزى إلى متغيرات الجنس(لصالح الإناث)، ودرجة التعليم (لصالح المرحلة الأساسية)، والدخل الشهري(لصالح الدخل الشهري المتدني).

وهدفت دراسة المطيري (٢٠٠٦) إلى تقصي مصادر الضغط النفسي التي تواجه أمهات الأطفال الذين يعانون من التوحد بمدينة الرياض وعلاقة هذه الضغوط بمتغيرات متعددة أبرزها، المستوى التعليمي للأم ، وعمر الأم ، وعدد أفراد الأسرة، ودخل الأسرة.تكون مجتمع الدراسة من أمهات الأطفال ذوي التوحد في مدينة الرياض الملتحقين في مراكز التربية الخاصة التابعة للقطاع الخاص والقطاع الحكومي ، وتكونت عينة الدراسة من ٩٥ سيدة تتراوح أعمار أطفالهن بين ٦-١٤ سنة ، وتم استخدام مقياس هيلورد (Holoryd). توصلت الدراسة إلى أن أبرز مصادر الضغط النفسي لدى الأمهات هي: العناية المؤسسية، التفكك العائلي، الافتقار إلى المكافئة الشخصية والعناية خلال فترة الحياة. وتبين وجود اختلاف بين الأمهات في مصادر الضغط النفسي تبعاً لمتغير العمر، المستوى التعليمي، الدخل، عدد أفراد الأسرة.

وقام جابر (٢٠٠٨) بإجراء دراسة هدفت إلى اختبار فعالية برنامج إرشادي في خفض الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال الذين يعانون من التوحد في مدينة الرياض. وتكونت عينة الدراسة من ٣٠ سيدة من أمهات الأطفال الذين يعانون من التوحد المسجلين في مراكز التوحد في مدينة الرياض والبالغ عددها ٥ مراكز، ممن حصلن على درجات مرتفعة على مقياس الضغوط النفسية، وتم توزيعهن عشوائياً إلى مجموعتين تجريبية وضابطة. ولتحقيق أهداف الدراسة تم استخدام مقياس الضغوط النفسية الذي طورته شريف(٢٠٠٣)، وتم بناء برنامج علاجي يتضمن استراتيجيات التعامل مع الضغط النفسي والمكون من ١٢ جلسة إرشادية بواقع ساعة ونصف للجلسة الواحدة مرتين أسبوعيا. وتوصلت الدراسة إلى أن هناك فاعلية للبرنامج الإرشادي في خفض مستوى الضغط النفسي.

يتضح من خلال هذا الاستعراض للدراسات السابقة وجود الدعم والتأييد لوجود عدد من الاضطرابات والمشاكل النفسية والتي تعاني منها أمهات الأطفال الذين يعانون من التوحد مثل القلق والاكتئاب والضغط النفسي.إلا انه لا يوجد العدد الكافي من الدراسات التي تناولت هذه المتغيرات مجتمعة، ومدى تأثرها بوجود عدد من المتغيرات الديموغرافية كالتي وردت في هذه الدراسة. إضافة إلى قلة الدراسات العربية التي تناولت هذه المتغيرات لدى أمهات الأطفال الذين يعانون من التوحد مقارنتاً بأمهات الأطفال الأسوياء.

الفصل الثالث

الطريقة والإجراءات

يتناول هذا الفصل إجراءات الدراسة بما في ذلك المجتمع واختيار العينة والأدوات المستخدمة لقياس المتغيرات وطرق جمع البيانات والمعالجة الإحصائية.

مجتمع الدراسة

تكون مجتمع الدراسة من جميع أمهات الأطفال الذين يعانون من التوحد والذين يراجعون مراكز العناية بأطفال التوحد في مدينة عمان، والتي تتبع للمجلس الأعلى لشؤون الأفراد المعاقين. حيث بلغ عددها (٧) مراكز استجاب منها (٥) مراكز، وبعض المراكز الخاصة التي تعنى بالأطفال ذوي الحاجات الخاصة إضافة إلى الأطفال الذين يعانون من التوحد وبلغ عددها (٨) مراكز.وبلغ إجمالي عدد الأطفال الذين يعانون من التوحد في هذه المراكز (١٣٩) طفلاً . ونشير هنا أن عدد أطفال التوحد في المجتمع أكبر من هذا العدد إلا أن رفض عدد من المراكز التطبيق لديها حال دون الوصول إلى عدد أكبر من أطفال التوحد .

عينة الدراسة

تكونت عينة الدراسة من عدد أمهات أطفال التوحد المتاح من مجتمع الدراسة واللواتي استجبن للاستبانة وبلغ عددهن (٩٥) أم، حيث تم توزيع (١٣٩) استبانه على جميع المراكز وتم استرداد (٩٥) استبانه.

وتضمنت العينة (٢٤) أم عاملة و(٧١) أم لا تعمل ، وتم توزيع أفراد العينة بناء على المستوى التعليمي على النحو الآتي: أقل من ثانوية عامة (٩,٥%) من أفراد العينة، ثانوية عامة (٢٦,٣%) من العينة ، دبلوم (١٧,٩%) من العينة ، بكالوريوس(٤١%) من العينة ،ودراسات عليا (٥,٣) من العينة. وتراوح عدد الأطفال غير الطفل الذي يعاني من التوحد بين (٠)إلى (٩) أطفال. أما بالنسبة للدخل الإجمالي للأسرة فقد كان (٢٩,٥%) من إجمالي العينة يحصلون على دخل اقل من ٣٠٠ دينار، و(٤٥,٢%) يحصلون على دخل يتراوح بين ٣٠٠-٦٠٠ دينار، و(٢٥,٣%) دخلهم أكثر من ٦٠٠ دينار.

أما بالنسبة للعينة الضابطة فقد تم توزيع الاستبيانات على عينة متاحة بنفس عدد عينة أمهات الأطفال الذين يعانون من التوحد، بحيث تراعي هذه العينة أن تكون متجانسة مع عينة أمهات الأطفال الذين يعانون من التوحد في متغيرات العمل والمستوى التعليمي. والجدول رقم (١) يبين توزيع أفراد العينة بناء على متغيرات: العمل، والمستوى التعليمي ، وعدد الأطفال، والمستوى الاقتصادي.

الجدول رقم (١)

توزيع أفراد عينة الدراسة

المتغير	الفئات	أمهات أطفال التوحد	أمهات الأطفال الأسوياء	المجموع
المستوى التعليمي	أقل من ثانوية عامة	٩	٩	١٨
	الثانوية العامة	٢٥	٢٥	٥٠
	دبلوم	١٧	١٧	٣٤
	بكالوريوس	٣٩	٣٩	٧٨
	دراسات عليا	٥	٥	١٠
العمل	تعمل	٢٤	٢٤	٤٨
	لا تعمل	٧١	٧١	١٤٢
عدد الأطفال غير الطفل التوحدي	٠–٣	٧٨	٦٥	١٥٣
	٤–٦	١٤	٢٦	٤٠
	٧–٩	٣	٤	٧
المستوى الاقتصادي	أقل من ٣٠٠	٢٨	١٠	٣٨
	٣٠٠–٦٠٠	٤٣	٥٥	٩٨
	أكثر من ٦٠٠	٢٤	٣٠	٥٤
المجموع		٩٥	٩٥	١٩٠

تصميم الدراسة

تم استخدام المنهج الارتباطي وذلك لملائمتة لمتغيرات الدراسة الحالية.

أدوات الدراسة

١–مقياس الضغط النفسي:

تم تطوير هذا المقياس من قبل الزوأوي (١٩٩٢) ، إذ قامت ببناء هذا المقياس استناداً على وصف بيتش (Beech,1982) للأعراض المرتبطة بالضغط النفسي والتي تتضمن ثلاث أبعاد:

١– البعد الفسيولوجي والذي يتضمن: الصداع، التعب، الإنهاك، تصبب العرق، اضطرابات النوم، الشد العضلي وتزايد نبضات القلب.

٢– البعد المعرفي والذي يتضمن: ضعف التركيز، وضعف الانتباه أو التردد.

٣- البعد النفسي والذي يتضمن: القلق، المخاوف، الحساسية الزائدة والشعور بعدم الارتياح.

ويتألف المقياس من (٣٦) فقرة موزعة على النحو التالي: البعد الفسيولوجي ويضم (١٣) فقرة وهي الفقرات: (١/٤/٧/١٠/١٣/١٦/١٩/٢٢/٢٥/٢٨/٣٠/٣٢/٣٤) ، البعد المعرفي ويضم (٩) فقرات وهي الفقرات: (٢/٥/٨/١١/١٤/١٧/٢٠/٢٣/٢٦) ، البعد النفسي ويضم (١٣) فقرة هي الفقرات: (٣/٦/٩/١٢/١٥/١٨/٢١/٢٤/٢٧/٢٩/٣١/٣٣/٣٥). وهناك فقرة واحدة تعكس الضغط النفسي بشكل عام . ويتم احتساب الدرجات على النحو التالي:

أ- تأخذ إجابة (تنطبق علي بدرجة كبيرة جدا) الدرجة(٥).

ب-تأخذ إجابة (تنطبق علي بدرجة كبيرة) الدرجة (٤).

ج- تأخذ إجابة (تنطبق علي بدرجة متوسطة) الدرجة (٣).

د- تأخذ إجابة (تنطبق علي بدرجة قليلة) الدرجة (٢).

ه- تأخذ إجابة (لا تنطبق علي) الدرجة (١).

وفي الفقرة العامة تأخذ إجابة أعاني من الضغط النفسي بدرجة كبيرة جداً الدرجة (٥)، وإجابة أعاني من الضغط النفسي بدرجة كبيرة الدرجة (٤)، وإجابة أعاني من الضغط النفسي بدرجة متوسطة الدرجة (٣)، وإجابة أعاني من الضغط النفسي بدرجة قليلة الدرجة (٢)، وإجابة أعاني من الضغط النفسي بدرجة قليلة جداً الدرجة (١).

وبناءً على ما سبق فإن الدرجة الكلية للمقياس تتراوح بين (٣٦-١٨٠)، حيث أن الفرد الذي يحصل على درجة أقل من (٩٠) فإنه يعاني من درجة قليلة من الضغط النفسي، والفرد الذي يحصل على درجة تتراوح بين (٩٠-١٢٦) فهو يعاني من درجة متوسطة من الضغط النفسي، والفرد الذي يحصل على درجة أكبر من (١٢٦) فإنه يعاني من درجة كبيرة من الضغط النفسي.

صدق وثبات المقياس

قامت العديد من الدراسات باستخراج الصدق والثبات لهذا المقياس حيث قامت الزوأوي (١٩٩٢) باستخراج الصدق المنطقي للمقياس بعرضه على (١٥) محكماً من أعضاء هيئة التدريس في كلية التربية في الجامعة الأردنية، حيث طلبت منهم بيان مناسبة ووضوح كل فقرة، واقتراح أي تعديلات للفقرات لتصبح أكثر مناسبةً ووضوحاً، وأعتمد معيار اتفاق إثنين من المحكمين على عدم مناسبة الفقرة وعلى عدم وضوحها لتعديلها، وقامت الباحثة باستخراج الثبات

بإعادة تطبيق المقياس على عينة مكونة من (٣٤) طالبة بفاصل زمني أسبوعين، وكان الثبات (٠,٧٧) وقامت باحتساب معامل الاتساق الداخلي للقائمة على نفس العينة بواسطة كرومباخ الفا وكان (٠,٩٠).

وقام الحسن (١٩٩٥) باستخراج ثبات المقياس بإعادة تطبيقه وبفاصل زمني أسبوعين على عينة من (٣٨) طالباً وطالبة من طلبة كليات المجتمع وكانت قيمة معامل الثبات تساوي (.٧٦). ولأغراض الدراسة الحالية تم استخدام معادلة كرومباخ ألفا وكانت قيمة معامل الثبات (٠,٩٧). وتم استخراج الثبات باستخدام التجزئة النصفية حيث بلغ الارتباط بين النصفين (٠,٨٧)، وبلغ ومعامل سبيرمان برأون و Guttman Split–Half Coefficient (٠,٩٣).

٢- اختبار حالة وسمة القلق

تم إعداد هذا الاختبار من قبل شارلز د. سبيلبيرغر، و ريتشارد ل. جورسش ، وروبرت ي. لوشين Charles D . Spielberger, Richard L.Gorsuch and Robert E.Lushene (1983).

ويشمل الاختبار مقياسين فرعيين : مقياس القلق كحالة ، ومقياس القلق كسمة ، حيث يقيس مقياس القلق كحالة درجة القلق الحالية للفرد، أما مقياس القلق كسمة فإنه يقيس درجة القلق العامة لدى الفرد، إلا أن الدراسة الحالية اقتصرت على استخدام مقياس القلق كحالة، حيث انه يتكون من (٢٠) فقرة تهدف إلى قياس وتقدير ما يشعر به الفرد الآن حيث أنه يقيس مشاعر الخوف ، والتوتر، والعصبية، والانزعاج في اللحظة الحالية.

وتتدرج إجابات المفحوص إلى أربع درجات تتراوح بين (١) إلى (٤) حيث يمثل الرقم (٤) وجود حالة القلق في حدها الأعلى أما الرقم (١) فيمثل عدم وجود الحالة. وبناء على ذلك تتراوح الدرجة الكلية للمقياس بين (٢٠) إلى (٨٠) درجة. وهناك نوعين من العبارات في هذا المقياس الأول ويشير التقدير المرتفع فيه إلى قلق عالي ، وتكون أوزان التدرج فيه (١،٢،٣،٤) كما في عبارة (أشعر بالأسف). أما الثاني فيشير التقدير المرتفع إلى قلق منخفض ، وبالتالي تكون أوزان العبارات معكوسة (٤،٣،٢،١) كعبارة (أشعر بالهدوء).

ولحساب مستويات القلق كحالة لدى عينة الدراسة الحالية تم وضع متوسط إفتراضي لدرجات المفحوصين ، ويتم احتساب الدرجات الكلية للمفحوصين على النحو التالي: اذا حصل الفرد على درجة تتراوح بين (٢٠-٤٠) فهذا يعني أنه يعاني من قلق بدرجة قليلة ، واذا حصل

على درجة (٤١-٦٠) فهو يعاني من القلق بدرجة متوسطة، أما إذا حصل المفحوص على درجة (٦١-٨٠) فإنه يعاني من القلق بدرجة مرتفعة.

صدق وثبات الاختبار

قام مؤلفو المقياس باستخراج الصدق التلازمي للقائمة الأصلية لسمة القلق باستخدام مقياس تايلور للقلق كمحك فكان معامل ارتباطها (٠,٨٠).

وفي الأردن قام المومني(٢٠٠١) باستخراج الصدق الظاهري للمقياس من خلال صدق المحكمين فكانت نسبة الاتفاق بين المحكمين (٠,٨٩).

وقامت البقور (٢٠٠٢) باستخراج معامل ارتباط كل فقرة مع الدرجة الكلية كمؤشر على الصدق، وتراوحت الارتباطات بين (٠,٢٣-٠,٦٠) على قائمة القلق كحالة.

أما بالنسبة لثبات المقياس فقد قام سبيلبيرجر بحساب معامل الثبات بالإعادة للقلق كحالة حيث بلغ (٠,٤٧) ،وبلغ معامل الاتساق الداخلي (٠,٩٤).

ولأغراض الدراسة الحالية تم استخراج معادلة كروماخ الفا وكانت قيمة معامل الثبات (٠,٩٣). وتم استخراج الثبات بالتجزئة النصفية حيث بلغ الارتباط بين الفقرات (٠,٨٥)، ومعامل سبيرمان برأون والتجزئة النصفية بطريقة جتمان (٠,٩١).

٣-الصورة المعربة من قائمة بيك للاكتئاب

تعتبر قائمة بيك للاكتئاب من أكثر المقاييس استخداما في مجال البحوث النفسية ، حيث أنها من أكثر المقاييس فاعلية في المساعدة على تشخيص الاكتئاب ووصف أعراضه ، وهو مقياس تقدير ذاتي . يتألف المقياس في صورته الأصلية من (٢١) فقرة تقيس الاكتئاب وجوانبه السلوكية والمعرفية المختلفة. وقد تم ترتيب فقرات المقياس وفقاً لشدة الأعراض بدءاً من عدم وجوده إلى وجوده بدرجات متفاوتة من الشدة. ويتم التعبير عن ذلك رقمياً بالارقام (٣،٢،١،٠)، وبذلك تكون الدرجة الكلية للاختبار متراوحة بين (٠-٦٣)، وتقسم الدرجات التي يحصل عليها المفحوص على النحو التالي: من (٠-٩) غير مكتئب، من (١٠-١٥) تعني اكتئاب خفيف، من (١٦-٢٣) تعني اكتئاب متوسط ، ومن (٢٤) فما فوق تعني اكتئاب شديد.

وتمثل فقرات المقياس الأعراض السلوكية التي تميز الأفراد المحتمل إصابتهم بالاكتئاب، وهذه الأعراض هي: تدني المزاج، والإحساس بالفشل، والتشاؤم، وعدم الرضا، والشعور

بالعقاب، وكراهية الذات، والرغبة بالانتحار، ولوم الذات، وفقدان الشهية، وفقدان الرغبة الجنسية، وضعف القدرة على اتخاذ القرارات.

صدق وثبات المقياس

قام الباحثون (حمدي وأبو حجلة وأبو طالب، ١٩٨٨) باستقصاء دلالات الصدق والثبات فيما يخص الصيغة المعربة لقائمة بيك على عينة من طلبة الجامعة الأردنية معتمدين على الطرق التي استخدمت في توفير دلالات الصدق والثبات للقائمة الأصلية، حيث تكونت العينة من (٥٦) طالب وطالبة أجريت لهم مقابلات إكلينيكية وقد تم توزيعهم بناء عليها إلى مجموعتين اكتئابية وغير اكتئابية ، وتم حساب دلالات الفروق للأداء على القائمة بين المجموعتين فكان هناك دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠,٠١). كما تم حساب البناء العاملي والذي أشار إلى وجود أربعة عوامل رئيسة فسرت ما نسبته (٤٥,٥%) من التباين الكلي وهذه العوامل هي: وجود مشاعر سلبية عامة، اضطراب الوظائف الجسمية، الشعور بالدونية والتشاؤم والشعور باللاجدوى.

بلغت قيمة معامل الثبات للصورة المعربة للمقياس والمحسوبة بطريقة إعادة الاختبار بفاصل زمني مدته أسبوعين على عينة من طلبة الجامعة الأردنية (٠,٨٨) . في حين بلغت قيمة معامل الثبات المحسوبة بطريقة الاتساق الداخلي باستخدام معادلة كرومباخ ألفا على عينة من الطلبة (٠,٨٧).

وفي الدراسة الحالية تم حساب معامل الثبات بالتجزئة النصفية فكان معامل الارتباط (٠,٨٦). وتم استخراج الثبات باستخدام معادلة كرومباخ الفا وبلغ معامل الثبات (٠,٩٠).

المعالجة الاحصائية

للإجابة عن أسئلة الدراسة تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والتكرارات، وتم استخدام اختبار (ت) (T–Test) ، وتحليل التباين المتعدد (MANOVA) لمعرفة الفروق بين المتوسطات.

الإجراءات

في البداية قامت الباحثة بمخاطبة المجلس الأعلى لشؤون الأفراد المعاقين للحصول على الموافقة والسماح لها بالتطبيق في مراكز التوحد التابعة للمجلس والموجودة في مدينة عمان حيث بلغ عددها سبع مراكز، وتم الحصول على كتاب رسمي من رئيسة القسم للمراكز الخاصة والتي تعنى بالأطفال المعاقين إضافة إلى الأطفال الذين يعانون من التوحد.

بعد الحصول على الموافقة قامت الباحثة بزيارة المراكز الخاصة بالأطفال الذين يعانون من التوحد ووزعت الاستبيانات على مديري هذه المراكز لتوصيلها إلى أمهات الأطفال بواسطة الطفل الذي يعاني من التوحد، وكان يتم الاتفاق على موعد محدد لاسترجاع هذه الاستبيانات. وبعد اكتمال العينة البالغ عددها(٩٥) تم اختيار عينة متاحة من أمهات الأطفال الأسوياء في مدينة عمان بحيث تكون مجانسة لعينة أمهات الأطفال الذين يعانون من التوحد في بعض المتغيرات الديموغرافية. وتم توزيع الاستبيانات على هذه العينة لأغراض المقارنة بأمهات الأطفال الذين يعانون من التوحد. واستغرق جمع البيانات ما يقارب ثلاثة أشهر.

الفصل الرابع
النتائج

هدفت الدراسة الحالية إلى التعرف على مستويات الاكتئاب والقلق والضغط النفسي لدى أمهات الأطفال الذين يعانون من التوحد تبعاً لعدد من المتغيرات الديموغرافية (العمل، المستوى التعليمي، عدد الأطفال، المستوى الاقتصادي) مقارنتاً بأمهات الأطفال الأسوياء في مدينة عمان. وسيتناول هذا الفصل النتائج التي توصلت إليها هذه الدراسة بعد إخضاع البيانات إلى التحليل الإحصائي لفحص أسئلة الدراسة.

النتائج المتعلقة بالسؤال الأول:

تمثل السؤال الأول في هذه الدراسة في ما هي مستويات القلق والاكتئاب والضغط النفسي لدى أمهات الأطفال الذين يعانون من التوحد؟

في البداية تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمجموعة أمهات الأطفال الذين يعانون من التوحد للمتغيرات المتمثلة بالقلق والاكتئاب والضغط النفسي ، كما يبين الجدول رقم (٢).

الجدول رقم (٢)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات مجموعة أمهات التوحد في جميع متغيرات الدراسة

المتغير	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	القيمة العليا	القيمة الدنيا
الاكتئاب	١٨,٤٨٤	١٠,٩٤	٥٧	١
القلق	٥٠,٤	١٢,٨	٨٠	٢١
الضغط النفسي	١٠٠	٣٣,٢٣	١٧٨	٣٦

وللإجابة عن هذا السؤال تم استخراج التكرارات والنسب المئوية للدرجات الكلية على مقياس بيك للاكتئاب ومقياس الضغط النفسي وقائمة القلق حالة. والجدول رقم (٣) يوضح ذلك.

الجدول رقم (٣)

التكرار والنسب المئوية لمتغيرات الدراسة المتعلقة بمجموعة أمهات أطفال التوحد

المتغير	التصنيف	التكرار	النسبة المئوية
الاكتئاب	غير مكتئب	١٩	%٢٠
	اكتئاب خفيف	٢٤	%٢٥,٣
	اكتئاب متوسط	٢٩	%٣٠,٥
	اكتئاب شديد	٢٣	%٢٤,٢
القلق	قليل	٢١	%٢٢,١
	متوسط	٥٤	%٥٦,٨
	شديد	٢٠	%٢١,١
الضغط النفسي	قليل	٣٨	%٤٠
	متوسط	٣٣	%٣٤,٧
	شديد	٢٤	%٢٥,٣

يتضح من استعراض النتائج الموضحة في الجدول رقم (٣) أن (٢٠%) من أمهات الأطفال الذين يعانون من التوحد لا يعانون من الاكتئاب و (٢٥,٣%) منهن يعانين من اكتئاب بسيط، و(٣٠,٥%) منهن يعانين من اكتئاب متوسط ، و(٢٤,٢%) يعانين من اكتئاب شديد. أما بالنسبة لمستويات القلق فيتضح من الجدول أن (٢٢,١%) من الأمهات لديهن مستويات قليلة من القلق، و(٥٦,٨%) لديهن مستويات متوسطة من القلق ، و(٢١,١%) لديهن مستويات مرتفعة من القلق. أما فيما يخص متغير الضغط النفسي فقد بلغت نسبة الأمهات اللواتي يعانين من ضغط نفسي بدرجة قليلة (٤٠%)، ونسبة اللواتي يعانين من ضغط نفسي بدرجة متوسطة (٣٤,٧%)، ونسبة اللواتي يعانين من ضغط نفسي بدرجة مرتفعة (٢٥,٣%).

النتائج المتعلقة بالسؤال الثاني:

تمثل السؤال الثاني في هذه الدراسة في ما هي مستويات القلق والاكتئاب والضغط النفسي لدى أمهات الأطفال الأسوياء في مدينة عمان ؟

تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمجموعة أمهات الأطفال الأسوياء لمتغيرات القلق والاكتئاب والضغط النفسي ، كما يبين الجدول رقم (٤).

الجدول رقم (٤)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات مجموعة أمهات الأسوياء في جميع متغيرات الدراسة

المتغير	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	القيمة العليا	القيمة الدنيا
الاكتئاب	١٠,١١	٦,٢٦	٣٣	١
القلق	٤٠,٩٨	٩,٩٤	٦٤	٢١
الضغط النفسي	٨٣,٤	٢٥,٧١	١٤٦	٣٦

وللإجابة عن هذا السؤال تم استخراج التكرارات والنسب المئوية للدرجات الكلية على مقياس بيك للاكتئاب ومقياس الضغط النفسي وقائمة القلق حالة. والجدول رقم (٥) يوضح ذلك.

الجدول رقم (٥)

التكرار والنسب المئوية لمتغيرات الدراسة المتعلقة بمجموعة أمهات الأطفال الأسوياء

المتغير	متوسط الدرجة	التكرار	النسبة المئوية
الاكتئاب	غير مكتئب	٥٣	%٥٥,٨
	اكتئاب خفيف	٢٤	%٢٥,٣
	اكتئاب متوسط	١٣	%١٣,٦
	اكتئاب شديد	٥	%٥,٣
القلق	قليل	٤٤	%٤٦,٣
	متوسط	٤٧	%٤٩,٥
	شديد	٤	%٤,٢
الضغط النفسي	قليل	٥٧	%٦٠
	متوسط	٣٣	%٣٤,٧
	شديد	٥	%٥,٣

يتضح من استعراض النتائج الموضحة في الجدول رقم (٥) أن (٥٥%) من أمهات الأطفال الأسوياء لا يعانين من الاكتئاب و (٢٥,٣%) منهن يعانين من اكتئاب بسيط، و(١٣,٦%) منهن يعانين من اكتئاب متوسط ، و(٥,٣%) يعانين من اكتئاب شديد. أما بالنسبة لمستويات القلق فيتضح من الجدول أن (٤٦,٣%) من الأمهات لديهن مستويات قليلة من القلق، و(٤٩,٥%) لديهن مستويات متوسطة من القلق ، و(٤,٢%) لديهن مستويات مرتفعة من القلق.

أما فيما يخص متغير الضغط النفسي فقد بلغت نسبة الأمهات اللواتي يعانين من ضغط نفسي بدرجة قليلة (٦٠%)، ونسبة اللواتي يعانين من ضغط نفسي بدرجة متوسطة (٣٤,٧%)، ونسبة اللواتي يعانين من ضغط نفسي بدرجة مرتفعة (٥,٣%).

النتائج المتعلقة بالسؤال الثالث:

تمثل السؤال الثالث في هذه الدراسة بهل توجد فروق دالة إحصائياً عند مستوى دلالة ($\alpha\leq 0.5$) في مستويات القلق والاكتئاب و الضغط النفسي بين أمهات الأطفال المصابين بالتوحد وأمهات الأطفال الأسوياء في مدينة عمان؟
وللإجابة عن هذا السؤال تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للدرجات الكلية على قائمة بيك للاكتئاب ومقياس الضغط النفسي ومقياس القلق حالة، ولمعرفة الدلالة الإحصائية للفروق بين المتوسطات تم استخدام اختبار (ت) وكانت النتائج كما هو موضح بالجدول رقم (٦).

الجدول رقم (٦)

نتائج اختبار (ت) للدرجة الكلية على مقاييس القلق والاكتئاب والضغط النفسي لمجموعتي الدراسة

		المتوسط	الانحراف المعياري	ت	درجات الحرية	مستوى الدلالة
الاكتئاب	أطفال التوحد	١٨,٤٨	١٠,٩٤	٧,٦٣	١٨٨	٠,٠٠٠
	أسوياء	١٠,١١	٦,٢٦			
القلق	أطفال التوحد	٥٠,٤	١٢,٨١	٥,٦٥	١٨٨	٠,٨١
	أسوياء	٤٠,٩٨	٩,٩٤			
الضغط النفسي	أطفال التوحد	١٠٠,	٣٣,٢٣	٣,٨٥	١٨٨	٠,٠١٠
	أسوياء	٨٣,٤	٢٥,٧١			

باستعراض النتائج الموضحة بالجدول رقم (٦) نلاحظ وجود فروق في المتوسطات الحسابية للمجموعتين على مقياس الاكتئاب حيث بلغ الوسط الحسابي لمجموعة أمهات الأطفال الذين يعانون من التوحد (١٨,٤٨) في حين بلغ المتوسط الحسابي لمجموعة أمهات الأطفال الأسوياء (٨,٦٢)، وهذه الفروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha\leq$ ٠,٠٠١) حيث بلغت قيمة (ت) المستخرجة (ت= ٧,٦٣) عند درجة حرية (١٨٨).

أما فيما يتعلق بالفروق بين المتوسطات الحسابية للمجموعتين على مقياس القلق فقد بلغ المتوسط الحسابي لمجموعة أمهات الأطفال الذين يعانون من التوحد (٥٠,٤)، والمتوسط الحسابي لمجموعة أمهات الأطفال الأسوياء (٤٠,٩٨). ويتضح من ذلك وجود فروق بين المجموعتين في المتوسطات الحسابية لكن هذه الفروق ليست ذات دلالة عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$) حيث بلغت قيمة (ت) المستخرجة (ت= ٥,٦٥) عند درجة حرية (١٨٨).

وبملاحظة النتائج المتعلقة بالفروق بين المجموعتين في مستويات الضغط النفسي يتضح من الجدول وجود فروق بين متوسط مجموعة أمهات الأطفال الذين يعانون من التوحد البالغ (١٠٠) ومتوسط مجموعة أمهات الأطفال الأسوياء البالغ (٨٣,٤). وهذه الفروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.01$)، حيث بلغت قيمة (ت) المستخرجة (ت = ٣,٨٥) عند درجة حرية (١٨٨).

النتائج المتعلقة بالسؤال الرابع

تمثل السؤال الرابع في هذه الدراسة في هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) في مستويات القلق والاكتئاب والضغط النفسي لدى أمهات الأطفال الذين يعانون من التوحد تعزى لمتغيرات: المستوى التعليمي، والعمل ، وعدد الأطفال ، المستوى الاقتصادي(الدخل).

وللإجابة عن هذا السؤال تم استخدم تحليل التباين المتعدد (MANOVA) لمعرفة الاختلاق في مستويات القلق والاكتئاب والضغط النفسي، تبعاً للتغير في المستوى التعليمي، والعمل ، وعدد الأطفال ، والدخل. وكانت النتائج كما هو موضح بالجدول رقم (٧)

الجدول رقم (٧)

تنائج تحليل التباين المتعدد المتغيرات لمجموعة أمهات الأطفال الذين يعانون من التوحد

المتغير		قيمة F	مستوى الدلالة
المستوى التعليمي	Pillais Trace	١,١٠٠	٠,٣٧٠
	Wilks Lambda	١,١٠٩	٠,٣٦٦
العمل	Pillais Trace	٠,٨٤٧	٠,٤٨٠
	Wilks Lambda	٠,٨٤٧	٠,٤٨٠
عدد الأطفال	Pillais Trace	١,٠٧٤	٠,٣٨٩
	Wilks Lambda	١,٠٥٢	٠,٤١٥
الدخل	Pillais Trace	١,٢٥٥	٠,٢٩٣
	Wilk Lambda	١,٢٢٢	٠,٣٠٩

يتضح من الجدول رقم (٧) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (α≤ 0.05) في مستويات القلق والاكتئاب والضغط النفسي تبعاً لمتغيرات المستوى التعليمي والعمل وعدد الأطفال والدخل، ويظهر ذلك من خلال نتائج اختباري Pillais Trace و Wilks Lambda.

النتائج المتعلقة بالسؤال الخامس

تمثل السؤال الخامس في هذه الدراسة في هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (α≤ 0.05) في مستويات القلق والاكتئاب والضغط النفسي لدى أمهات الأطفال الأسوياء تعزى لمتغيرات: المستوى التعليمي، والعمل ، وعدد الأطفال ، والدخل.

وللإجابة عن هذا السؤال تم استخدام تحليل التباين المتعدد (MANOVA) لمعرفة الاختلاق في مستويات القلق والاكتئاب والضغط النفسي، تبعاً للتغير في المستوى التعليمي، والعمل ، وعدد الأطفال ، والدخل. وكانت النتائج كما هو موضح بالجدول رقم (٨)

الجدول رقم (٨)

تنائج تحليل التباين المتعدد المتغيرات لمجموعة أمهات الأطفال الأسوياء حسب

المتغير		قيمة F	مستوى الدلالة
المستوى التعليمي	Pillais Trac	٠,٥٧٦	٠,٨٥٩
	Wilks Lambda	٠,٥٦٢	٠,٨٦٨
العمل	Pillais Trace	٠,١٧١	٠,٩١٦
	Wilks Lambda	٠,١٧١	٠,٩١٦
عدد الأطفال	Pillais Trace	١,٣٦٩	٠,١٤٥
	Wilks Lambda	١,٣٨١	٠,١٤٠
الدخل	Pillais Trace	١,٥٣٠	٠,١٧٨
	Wilks Lambda	١,٥٢٢	٠,١٨١

يتضح من الجدول رقم (٨) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) في مستويات القلق والاكتئاب والضغط النفسي تبعاً لمتغيرات المستوى التعليمي والعمل وعدد الأطفال والدخل، ويظهر ذلك من خلال نتائج اختباري Pillais Trace و Wilks Lambda.

الفصل الخامس

مناقشة النتائج والتوصيات

تشير النتائج التي توصلت إليها الدراسة الحالية إلى وجود مستويات مرتفعة من القلق والاكتئاب والضغط النفسي لدى أمهات الأطفال الذين يعانون من التوحد في مدينة عمان مقارنة بأمهات الأطفال الأسوياء ، حيث بلغ متوسط القلق حالة والاكتئاب والضغط النفسي لدى أمهات الأطفال الذين يعانون من التوحد (٥٠,٤ ، و١٨,٤٨، و ١٠٠) . بينما بلغت متوسطات القلق حالة والاكتئاب والضغط النفسي لدى أمهات الأطفال الأسوياء (٤٠,٩٨، و١٠,١١، و٨٣,٤) . حيث أن هذه النتائج قريبة لما توصل إليه Bumin,Gunal & Tukel (2008) ، حيث كان متوسط الاكتئاب لدى أمهات الأطفال المعاقين (١٤,٢٢) والقلق حالة (٤١,٩٥) وهو أقل مما توصلت إليه الدراسة الحالية.

وتوصلت الدراسة أيضا إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إكلينيكية بين أمهات الأطفال الذين يعانون من التوحد وأمهات الأطفال الأسوياء في مستويات القلق بالرغم من وجود فروق في المتوسطات الحسابية بين المجموعتين في هذا المتغير. ويمكن أن نعزوا ذلك إلى استخدام مقياس القلق حالة وهو يقيس ما تشعر به الأم حالياً من قلق فيمكن أن تكون مستويات القلق الحالي منخفضة وقت تطبيق الاختبار بسبب طبيعة المكان الذي تتواجد به الأمهات والدعم الذي يحصلن عليه حالياً من المراكز الخاصة بالرعاية بالأطفال الذين يعانون من التوحد ، بينما في الدراسات الأخرى كان يتم قياس القلق حالة وسمة لذلك كانت توجد فروق في نسبة القلق ، وهو يتفق مع ما توصلت إليه دراسة Bumin,Gunal & Tukel (2008) ، حيث وجدت أن قلق السمة مرتفع بدرجة أكبر لدى أمهات الأطفال المعاقين وأن قلق الحالة يرتبط مع ردود الفعل الانفعالية الصادرة عن الطفل ، وأن القلق حالة لم يكن ذو دلالة إكلينينة على القلق مع أنه كان مرتفع، وهذا يعني أن أمهات الأطفال المعاقين يتقبلن العيش مع الطفل ذو الحاجة الخاصة .

يمكن أن نفسر بشكل عام سبب ارتفاع مستويات الاكتئاب والقلق والضغط النفسي لدى أمهات الأطفال الذين يعانون من التوحد مقارنة بأمهات الأطفال الأسوياء بأن الأطفال الذين يعانون من التوحد لديهم العديد من المشكلات السلوكية ، ومشكلات التواصل الاجتماعي ، ومشكلات لغوية ، وبعضهم يعاني من مشكلات في النوم والأكل . وأن هذه المشكلات تجعل من الصعوبة على الأمهات التكيف مع الاضطراب الذي يعاني منه أبنائهن. بعض الأمهات يجدن صعوبة في فهم طبيعة الاضطراب ، إضافة إلى العزلة الاجتماعية التي تحدث لدى الأم بعد تشخيص الطفل بالتوحد بسبب طبيعة الأعراض – وخصوصا التكرار لأنماط محدد من السلوكات والأنشطة والاهتمامات وعدم قدرة الطفل على التواصل الاجتماعي مع الأطفال من جيله – والشعور بالذنب ، وطبيعة الرعاية التي يتطلبها الطفل الذي يعاني من التوحد والتي

تختلف عن الأطفال العاديين مما يزيد من احتمال إصابة الأم بالاكتئاب والقلق والضغط النفسي. ومما يزيد من احتمالية معاناة الأم من هذه الاضطرابات الحاجة إلى تغيير روتين حياتها وجدول أعمالها المعتاد عند تشخيص الطفل بالتوحد وهذا بسبب أن ٢ من ٣ أطفال يعانون من التوحد لا يستطيعون أن يعتمدوا على أنفسهم. وهنالك أسباب تزيد من خطورة معاناة الأم من الاضطرابات النفسية خصوصاً في المجتمع الشرقي منها أن الأم هي التي تحمل المسئولية الكبرى في رعاية الأطفال وفي المقابل لا تتلقى الدعم الاجتماعي والانفعالي المناسب والكافي ، و ٢ من ٥ أمهات يتم إلقاء اللوم عليهن من قبل أعضاء الأسرة بسبب وجود طفل معاق وتقريباً نصف الأفراد الذين يقومون باللوم ينتمون إلى عائلة الزوج (Ma, Lai, and Han, 2002).

فقد وجد Olsson and Hwang (2001) أن ٥٠% من أمهات أطفال التوحد و٤٥% من أمهات الأطفال ذوي الإعاقات الذهنية يعانين من الاكتئاب حسب نتائج (BDI)، بينما في الدراسة الحالية كانت ٥٤,٧% من أمهات أطفال التوحد يعانين من الاكتئاب.

وتتفق نتائج هذه الدراسة أيضا مع ما توصلت إليه دراسة (Firat et al ,2002) حيث وجدت ارتفاع في مستويات القلق على مقياس SCL-19 لدى أمهات الأطفال الذين يعانون من التوحد. وتوصل Bumin, G., Gunal, A and Tukel, S (2008) إلى أن أمهات الأطفال المعاقين لديهن مستويات أعلى من القلق والاكتئاب حسب قائمة بيك للاكتئاب ومقياس القلق حالة وسمة .حيث بلغت نسبة الأمهات غير المكتئبات (٢٧,٥%) وهو مشابه لما توصلت اليه الدراسة الحالية حيث بلغت نسبة أمهات الأطفال الذين يعانون من التوحد اللواتي لا يعانين من الاكتئاب (٢٥,٣%).

ووجد (Baker,B. Heller,T. and Henker,B., 2000) ارتفاع مستويات القلق والاكتئاب لدى أمهات الأطفال الذين يعانون من مشكلات سلوكية شديدة.

ودراسة Charnsil and bathia (2010) حيث توصلت إلى أن متوسط الاكتئاب لدى مربين الأطفال الذين يعانون من التوحد بين (٦%-٢٥%) وهي نسبة أعلى من المجتمع العام.

ووجدت دراسة (Leticia, Linjie, Paulo, Raul, Rashmi, Raquel, Carla, Renata, Leal, Etiene, Dilvania and Juliana ،2009) أن مستويات الاكتئاب كانت أعلى لدى أمهات الأطفال الذين يعانون من الأزمة مقارنة بأمهات الأطفال الأسوياء.

أما فيما يتعلق بالضغط النفسي فإن النتيجة التي توصلت لها الدراسة الحالية تتفق مع ما جاء في دراسات (Troster,2000; Hasting, 2003; Yamada, Suzuki, Kato, Tanaka,Shindo, Taketani, Akechi, & Furukawa,2007; Boswell, 2007; Pisula, 2007; Davis And Carter, 2008; Phetrasuwan and Miles,2009; Gupta& aur,2010).

أما فيما يتعلق بالفروق بين مستويات القلق والاكتئاب والضغط النفسي تبعاً لمتغيرات العمل ، والمستوى التعليمي، وعدد الأطفال، والدخل فلم تتوصل الدراسة إلى فروق تعزى لهذه المتغيرات الديموغرافية . ويمكن أن نعزو هذه النتائج إلى طبيعة اضطراب التوحد والمشكلات السلوكية والاجتماعية والمعرفية التي يعاني منها الطفل الذي يعاني من التوحد ن حيث أنه مع وجود هذه المشكلات لدى الطفل يصبح من الصعب إيجاد فروق بين الأمهات في أي من المتغيرات فحتى لو اختلف المستوى التعليمي أو العمل أو الدخل ، فإن الأمهات سيستمرون في المعاناة من مستويات مرتفعة من القلق والاكتئاب والضغط النفسي.

وإضافة إلى ما سبق فإن طبيعة المجتمع الذي أخذت منه عينة الدراسة يحتوى على شبكة من الدعم الاجتماعي والتي تتضمن الزوج، الأهل لأم الطفل التوحدي ، الأصدقاء ، ومراكز رعاية الطفل الذي يعاني من التوحد والذين يقدمون المساعدة المادية والمعنوية للمرأة مما يقلل من الفروق في متغير العمل، إضافة إلى أن المرأة ليست المسؤلة عن الإنفاق على الأسرة سواء أكانت تعمل أو لا تعمل لذلك لن يؤثر العمل على مستويات القلق والاكتئاب والضغط النفسي لدى الأم.

أما فيما يتعلق بمتغير المستوى التعليمي فمن الممكن أن نعلل عدم وجود فروق تعزى لهذا المتغير إلى المراكز التي تعنى برعاية الأطفال الذين يعانون من التوحد حيث أنها تقيم العديد من الندوات، والمحاضرات ،وورش العمل، والبرامج التوعوية والإرشادية حول اضطراب التوحد وكيفية التعامل مع الطفل الذي يعاني من التوحد والمشاكل السلوكية التي تصاحب هذا الاضطراب مما يزيد وعي الأم وفهمها لطبيعة مشكلة طفلها بالتالي لا يتأثر مستوى القلق والاكتئاب والضغط التنفسي بتغير المستوى التعليمي لأم الطفل الذي يعاني من التوحد.

وتتفق الدراسة الحالية مع ما توصلت إليه دراسة Nunes & Santos (2010) حيت أنها لم تجد ارتباط ذو دلالة بين الاكتئاب والمستوى التعليمي للأم، والعمل الحالي لها، وعدد الأطفال. إلا أن دخل الأسرة ارتبط سلبياً مع الاكتئاب حيث أن الدخل المنخفض للأسرة يحد من

قدرة الأهل على توفير مصادر الرعاية والتعليم المناسبين لحاجات الطفل وتقلل من فرص التفاعل بين الأسرة والطفل.

إضافة إلى دراسة (Olsson and Hwang, 2001;Haore,Harris & Kerley، 1998) حيث وجدت هذه الدراسات أن العوامل الاجتماعية – الاقتصادية (العمل والتعليم) لم يكن لها صلة بالاكتئاب الوالدي لدى عائلات الأطفال الذين يعانون من إعاقات ذهنية .

ووجد كل من Charnsil & Bathia (2010) أن عدد سنوات التعليم لدى مربين الأطفال الذين يعانون من التوحد هو العامل الوحيد الذي كان له دلالة ويتنبأ بالاكتئاب لديهم ، أما عوامل عدد الأطفال، ونوع العمل ، والدخل لم يكن لها دلالة.

ووجدت دراسة Leao, Zhang, Sousa, Chadha, Lovatel, Lincho, Leal, Sinzkel, Nicoletti, Martillo (2009) أنه لا توجد فروق ذات دلالة بين المجموعتين من الأمهات في العوامل الديموغرافية و الحالة الاجتماعية– الإقتصادية (العمل– التعليم).

وتتفق الدراسة الحالية مع ما توصل إليه Brandt (1991) حيث أنه لم يجد فروق ذات دلالة بين أمهات الأطفال الذين يعانون من الفصام وأمهات الأطفال الذين يعانون من إعاقات حركية في متغير حالة العمل.

وتوصلت دراسة Davis &Carter (2008) إلى عدم وجود فروق بين الأمهات والآباء لأطفال يعانون من اضطراب طيف التوحد في المتغيرات الديموغرافية التي تتضمن :عمر الأم ومستوى التعليم، لكن كان هناك فروق في متغير دخل الأسرة.

وهناك العديد من الدراسات التي لم تتفق في نتائجها مع ما توصلت إليه الدراسة الحالية منها دراسة Bumin, Gunal & Tukel (2008) حيث وجدت أن مستوى تعليم الأم يرتبط بشكل سلبي مع القلق كسمة، وأن هناك ارتباط ايجابي بين القلق حالة وعدد الأطفال.

وأشارت دراسة Mu,Kuo & Chang (2005) أن المستوى التعليمي للأم يؤثر بشكل ذو دلالة على مستويات الاكتئاب لدى أمهات الأطفال الذين يعانون من الصرع.إضافة إلى دراسة Firat ,Diler ,ayse &Gulash(2002)، حيث وجدت أن النساء العاملات حصلن على مستويات أعلى في الاكتئاب والقلق حالة وسمة من الأمهات غير العاملات.

وتوصلت دراسة المطيري (2002) إلى أن الأمهات الأكثر تعليماً كن يشعرن بمستوى اقل من الضغوط النفسية مقارنة بالأمهات الأقل تعليماً، وكان مستوى الضغوط أعلى لدى الأمهات من ذوات الدخل المنخفض مقارنة بالأمهات ذوات الدخل المرتفع، ووجدت اختلاف بين

الأمهات في الضغوط النفسية تبعاً لمتغير عدد أفراد الأسرة حيث انه كان أعلى لدى الأمهات اللواتي كان عدد أفراد أسرهن أكثر من ٧ أفراد.

بالرغم من هذه التفسيرات إلا أن هذه المتغيرات الديموغرافية بحاجة إلى المزيد من الدراسة الدقيقة لمعرفة أثرها على الاكتئاب والقلق والضغط النفسي.

التوصيات

١- إجراء المزيد من الدراسات المتعلقة بالقلق والاكتئاب والضغط النفسي لدى أمهات الأطفال الذين يعانون من التوحد وعلاقتها بالمتغيرات الديموغرافية الواردة في الدراسة الحالية ، ومتغيرات أخرى غير الواردة في هذه الدراسة ومنها: جنس الطفل الذي يعاني من التوحد، وعمر الطفل التوحدي، وعمر الأم، ودراسة العزلة الاجتماعية والرفاه النفسي لدى الأمهات، وشدة الاضطراب لدى الطفل والمشكلات السلوكية المرافقة لها.

٢- عمل برامج علاجية سلوكية معرفية للتخفيف من هذه الاضطرابات لدى أمهات الأطفال الذين يعانون من التوحد ،ومساعدتهم على التكيف مع الاضطراب ، وتقبله بطريقة جيدة لما لهذه البرامج من فوائد تعود على الأسرة والطفل التوحدي.

٣- إجراء دراسات أخرى تتناول اضطرابات أخرى لدى أمهات الأطفال الذين يعانون من التوحد مثل: Somatization ,Anger-hostility, Phobic anxiety والوسواس القهري.

٤- زيادة وعي المعالجين بأهمية إجراء تقييم نفسي للحالة النفسية لأمهات الأطفال الذين يعانون من التوحد والرفاه النفسي لديهن ، وتجنيبهم التركيز على الطفل التوحدي فقط.

قائمة المراجع

المراجع العربية

أبو سيف، حسأم أحمد (٢٠٠٦). **الطفل التوحدي: خصائصه(السلوكية والتربوية)**، اختبارات تقيس قدراته، دمجه في المجتمع. القاهرة:ايتراك للنشر والتوزيع.

بخش، أميرة طه (٢٠٠٢). **الضغوط الأسرية لدى أمهات الأطفال المعاقين عقلياً وعلاقتها بالاحتياجات والمساندة الاجتماعية.** مجلة دراسات، المجلد ٢٩، العدد٢.

بديرات، نضال عبد الرحيم (٢٠٠٦). **مصادر الضغوط النفسية لدى أخوة الأطفال الذين يعانون من التوحد وعلاقتها ببعض المتغيرات الشخصية والأسرية.** رسالة ماجستير، كلية الدراسات التربوية العليا، جأمعة عمان العربية للدراسات العليا.

البقور، خولة (٢٠٠٢). **القلق والاكتئاب وتقدير الذات والتحصيل الأكاديمي لدى الأطفال الذين تعرضوا لإساءة المعأملة.** رسالة ماجستير ، كلية الدراسات العليا، الجأمعة الأردنية.

تايلور، شيلي (٢٠٠٨). **علم النفس الصحي.** ترجمة: وسأم بريك وفوزي طعيمة. الطبعة الأولى، عمان، دار الحأمد.

جابر، البندري (٢٠٠٨). **فاعلية برنأمج إرشادي في خفض الضغوط النفسية لدى أمهات أطفال التوحد في مدينة الرياض.** رسالة ماجستير كلية الدراسات العليا، الجأمعة الأردنية.

حافظ، إيمان حسني (٢٠٠٢). **برنأمج مقترح لتخفيض حدة القلق لدى الأطفال المصابين بمرض السكري باستخدأم اللعب.** رسالة ماجستير، جأمعة عين شمس.

الحسن، نبيل محمد (١٩٩٥)، **مستوى ومصادر الضغط النفسي لدى طلبة السنة الأولى والثانية في كليات المجتمع الخاصة في عمان والزرقاء**،رسالة ماجستير، كلية الدراسات العليا، الجأمعة الأردنية.

حسين ، حسن محمود (١٩٩٦). **العلاقة بين القيم الإسلأمية وكل من سمة القلق والقلق الأخلاقي لدى طلبة جأمعة اليرموك ومدى تأثرها بعدد من المتغيرات.** رسالة ماجستير، كلية الدراسات العليا، جأمعة اليرموك.

حمدي، نزيه وابو حجلة، نظأم و أبو طالب، طالب (١٩٨٨)، البناء العأملي ودلالات صدق وثبات الصورة المعربة لقائمة بيك للإكتئاب. **دراسات**، المجلد الخأمس عشر، العدد(١)، ص ٣٠-٤٠.

خطاب، محمد (٢٠٠٥). **سيكولوجية الطفل التوحدي: تعريفها، أعراضها، تشخيصها، أسبابها، التدخل العلاجي.** الطبعة الأولى، عمان: دار الثقافة للنشر والتوزيع.

خطيب، جمال (١٩٩٧). **المدخل إلى التربية الخاصة.** عمان: مكتبة الفلاح للنشر والتوزيع.

الرشيدي، هارون (١٩٩٩). **الضغوط النفسية: طبيعتها، نظرياتها**.القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.

زوأوي، رنا (١٩٩٢)، **أثر الإرشاد الجمعي للتدريب على حل المشكلات في خفض التوتر**. رسالة ماجستير ، كلية الدراسات العليا، الجأمعة الأردنية.

سرحان، وليد؛الخطيب،جمال؛ وحباشنة، محمد (٢٠٠٨). **الاكتئاب: سلسلة سلوكات**. الطبعة الأولى، عمان: دار مجدلأوي للنشر والتوزيع.

السعايدة، خولة (٢٠٠٩). **الخصائص المعرفية والانفعالية لدى عينة من الزوجات المعنفات وغير المعنفات في الأردن**.أطروحة دكتوراه ،كلية الدراسات التربوية والنفسية العليا، جأمعة عمان العربية للدراسات العليا.

الشخانبة، أحمد (٢٠١٠). **التكيف مع الضغوط النفسية: دراسة ميدانية**.(ط١) ، عمان : دار الحمد للنشر والتوزيع.

الشربيني،لطفي (٢٠٠١) .**الاكتئاب الأسباب والمرض والعلاج**. الطبعة الأولى، بيروت: دار النهضة العربية.

شقير، زينب (٢٠٠٧). **اضطراب التوحد**. الطبعة الأولى، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية

شيهان، ديفيد (١٩٨٨). **مرض القلق**. الكويت: المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب.

طرأونة، صبري حسن (٢٠٠٠). **العلاقة بين مقأومة الإغراء والضغط النفسي عند طلبة جأمعة مؤتة**. رسالة ماجستير، جأمعة مؤتة.

عبد اللطيف، آذار (٢٠٠٢). **الاكتئاب مرض العصر**. (ط١)، دمشق.

علي، إيمان محمد (٢٠٠١). **الاكتئاب، الضغط النفسي، وتقدير الذات: دراسة مقارنة بين المصابات بسرطان الثدي وغير المصابات**. رسالة ماجستير ، كلية الدراسات العليا، الجأمعة الأردنية.

عواد، جوزيف (٢٠٠٢). **أثر القلق والتوجه الدافعي نحو الرياضة على الأداء الحركي الرياضي في ظروف تجريبية**. رسالة ماجستير، كلية الدراسات العليا، الجأمعة الأردنية.

فرويد، سيجموند (١٩٦٢). **القلق** . ترجمة: محمد عثمان نجاتي. الطبعة الأولى، القاهرة، دار الشروق للنشر والتوزيع.

فرويد، سيجموند (١٩٨٣). **الكف والعرض والقلق**. ترجمة: محمد عثمان نجاتي. الطبعة الثالثة، القاهرة، دار الشروق للنشر والتوزيع.

قداح، هلا (٢٠٠٧). **الضغوط النفسية لدى معلمي الأفراد المصابين بالتوحد في الجمهورية العربية السورية وعلاقته ببعض المتغيرات.** رسالة ماجستير ، كلية الدراسات العليا، الجأمعة الأردنية وكلية التربية، جأمعة دمشق.

قضاة، خالد (١٩٩٩). **الاكتئاب لدى الأطفال: علاقته بالبيئة الأسرية والكفاءة المدركة والتحصيل الأكاديمي في عينة من طلبة الصف السادس الأساسي.** رسالة ماجستير، كلية الدراسات العليا، الجأمعة الأردنية.

قطان، سأمية (١٩٨٦). **مقياس القلق السوي: الكتاب السنوي في علم النفس.** القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

مجيد، سوسن (٢٠٠٨). **اضطرابات الشخصية: أنماطها، قياسها .** (ط١)، عمان: دار صفاء للنشر والتوزيع.

المرزوقي، جاسم (٢٠٠٧). **علاقة القلق والاكتئاب والضغط النفسي والتفكير اللاعقلاني بمستوى السكر في الدم لدى مرضى السكري.** رسالة ماجستير، كلية الدراسات العليا، الجأمعة الأردنية.

مطيري، فهد نايف (٢٠٠٦). **مصادر الضغط النفسي لدى أمهات أطفال التوحد بمدينة الرياض في المملكة العربية السعودية وعلاقتها ببعض المتغيرات** . رسالة ماجستير، كلية الدراسات العليا، الجأمعة الأردنية.

ملكوش، رياض؛يحيى، خولة (١٩٩٥). الضغوط **النفسية والدعم الاجتماعي لدى آباء وأمهات الأطفال المعاقين في مدينة عمان.** مجلة دراسات (العلوم الإنسانية)، المجلد ٢٢(أ)، العدد ٥.

المومني، وليد (٢٠٠١). **إستراتيجيات التدبر لضغوط الحياة وعلاقتها بالقلق والاكتئاب لدى طلبة الجأمعة الأردنية.** رسالة ماجستير، كلية الدراسات العليا، الجأمعة الأردنية.

يحيى، خولة (١٩٩٩). **المشكلات التي يواجهها ذوو المعاقين عقلياً وسمعياً وحركياً الملتحقين بالمراكز الخاصة بهذه الإعاقات.** مجلة دراسات، كلية التربية، الجأمعة الأردنية، المجلد ٢٦، العدد١.

يحيى، خولة (٢٠٠٣). **إرشاد أسر ذوي الاحتياجات الخاصة.** عمان: دار الفكر للطباعة والنشر.

المراجع الاجنبية:

American Psychiatric Association (2000).**Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Text Revision**, Washington ,DC.

Appley,M and Trumbullm, R. (1986). **Dynamics Of Stress Psychology And Social Perspective**, New York,Blam om press.

Baker,B. Heller, T.& Henker, B (2000). Expressed Emotion, Parenting Stress, And Adjustment In Mothers of Young Children With Behavior Problems**. J Child Psychiat**, 41, 907-915.

Beck (1980). **Cognitive Therapy and emotional disorders** .New York ,International University Press.

Beck, A. t., Rush ,A,. J., Shaw, B. F., & Emery,G .(1979) . **Cognitive Therapy Of Depression**. New York: Guilford Press.

Beech, H , L. (1982). **A behavioral Approach to Management of Stress**, John Witey and Sons Itd, New York.

Boswell, J (2007). Mood, Anxiety, and Stress in Mothers of Children With Fragile X Syndrome, Autism , and Fragile X Syndrome and Autism. **The University Of North Carolina At Chapel Hill**, 32,1

Brandt, B (1991)., Defence Strategies And Anxiety in Mothers of Disabled Children. **European Journal of Personality**, 5, 367-377.

Bumin, G., Gunal, A and Tukel, S (2008). Anxiety, Depression and Quality of Life In Mothers of Disabled Children. **Suleyman Demirel University**, 15 (1), 6-11.

Butcher, P. R., Wind, T and Bouma, A (2008). Parenting Stress in Mothers and Fathers of A Child With a Hemiparesis: Sources of Stress, Intervening Factors and Long-Term Expressions of stress**. Journal of Child: Care, Health and Developmen**t, 10,530-539.

Carter,A. S.,Gray,S. A .O (2009)..Stability and individual change in depressive symptoms among mothers raising young children with ASD: maternal and child correlates. **Journal of Clinical Psychology**, 12 , 270-280.

Cattle , R,B (1967). **The Meaning And Measurement Of Neuroticism**. Press, New York. P352.

Ceylan, R., Aral, N. (2007). An examination of the correlation between depression and hoplessness levels in mothers of disabled children**. Social Behavior & Personality: an International Journa***l*. 35 ,903-908.

Charnsil, C And Bathia, N (2010). Prevalence of Depressive Disorders Among Caregivers of Children With Autism in Thailand**. Journal Of Psychiatry**, 11(1),1-9.

Coleman,J. Carson, R & Butcher, J.(1983). Abnormal **Psychology in Modern Life**,(8 th ed) Schott Foreman Company, Glenview,I11.

Davis,N ,Carter,S. (2008). Parenting stress in mothers and fathers of toddlers with autism spectrum disorders: Associations with child characteristics **.Autism Dev Disord**, 38 , 278-1291.

Davison,R. J. (2004). Well-Being Affective Style : Neural Substrates and Correlates. **Philosphical Transaction Of The Royal society**,London, 359,1395-1411.

Duvdevany &Abboud, S (2003). Stress, Social Support and Well-being of Arab Mothers of Children With Intellectual who Are Served By Welfare Services in Northern Israel**. Journal of Intellectual Disability Research**, 47(4/5), 264-272.

Feldman,R. (1989), **Adjustment: Psychology To A Complex Word.** McGraw-Hill, New York.

Firat, Sunay, Diler, Rasim, Avici, Ayse, Seydaoglu, Gulsah (2002).Comparison of psychopathology in the mothers of autistic and mentally retarded children**. J Korean Med Sci**,17,679-685.

Frame ,C. L & Matson , J .L (1987). **Hand Book Of Assessment In Childhood Psychopathology**. New York. Plenum press.

Freeman ,A.& Davis ,D.D(1990). **Cognitive Therapy Of Depression International Handbook Of Behavioral Modification And Therapy.** 2th Edition, Plenum Press, New York And London.

Geffken ,G,. Morgan ,B and Rodrigue ,R (1990). Families Of Autistic Children: Psychological Functioning Of Mothers. **Journal of clinical Child Psychology**, 19,4, 371-379.

Glidden, L. M And Schoolcraft, S.A (2003). Depression : Its Trajectory and Correlates in Mothers Rearing Children With Intellectual Disability. **Journal of Intellectual Disability Research,** 47 (4/5),250-263.

Gupta, R. K and Kaur, H (2010). Stress Among Parents Of Children With Intellectual Disability**. Asia Pacific Disability Rehabilitation Journal**, 21(2).

Hasting, R,P (2003). Child Behaviour Problems and Partner Mental Health As Correlates of Stress In Mothers and Fathers Of Children With Autism. **Journal Of Intellectual Disability Research,** 47(4\5), 231-237.

Hoare,P. Harris, M.& Kerley, S (1998).A Community Survey of Children With Severe Intellectual Disability and their Families: Psychological Adjustment, Carer Distress and The Effect of Respite care. **J Intellect Disabil** , 42,218-227.

Horsch, A., Mcmanus, F., Kennedy, P and Edge, J (2007).Anxiety, Depressive ,And Posttraumatic Stress Symptoms in Mothers of Children With Type 1 Diabetes**. Journal of Traumatic Stress,** 20(50), 881-891

Lazarus,R. (1966) . **Psychology Stress And Coping Process**. Mc Graw,Book Company,New York.

Leao, L .,Zhang, L., Sousa, P., Mendoza, R., Chadha, R., Lovatel, R., Lincho, C., Leal, R., Sinzkel, E., Nicoletti, D and Martillo, J (2009). High Prevalence of Depression Amongst Mothers of Children With Asthma**. Journal of Asthma**, 46, 388-391.

Levin, S & Scotch, N. (1970). **Social Stress**. Adline Publishing Company).

Lewis ,M & Volkmar , F . (1990). **Clinical Aspects Of Child And Adolescent Development**, London , Lea And Febigen.

Ma, J. Lai, K. & Han, P (2002). Parenting Distress And Parental Investment Of Hong Kong Chines Parent With A Child Having An Emotional or Behavioral Problem, **Child And Family Social Work**,7,99-107.

Mackay, C. J. Cox. T ., Burrows, G. (1978).Anm Inventory For The Measurement Of Self-report Stress And Arousal **,British Journal Of Social And Clinical Psychology,** 17, 283-284.

Manne,S ;Duhamel, K ;Ostroff,J ;Parsons, S ;Martini,R ;Williams,S ;Mee,L; Sexson, S ;Austin,J ;Difede,J ;Rini,C and Reded, W.(2004). Anxiety, Depressive, and Posttraumatic Stress Disorders of Pediatric Survivors of Hematopoietic stem Cell Transplantation**. PEDIATRICS** , 113 ,1700-1708.

Marriner, A. (1984). **Guid To Nursing Management**, The C.V, Mosy Company.USA.

Matheny. K. B,. & Aycock , D, W. (1993). Stress In School Aged Children And Youth. *Journal Of Educational Psychology*.5,Pp109-133.

Mu, P., Kuo, H., & Chang, K. (2005). Boundary ambiguity, coping patterns and depression in mothers caring for children with epilepsy in Taiwan. **International Journal of Nursing Studies**, 42, 273-282.

Nunes, M. A & Santos, M. A (2010). Depression And Quality Of Life in Mothers Of Children With Pervasive Developmental Disorders. 18(1), 33- 40.

Olsson,M.B.,Hawang,C.P(2001). Depression in mothers and fathers of children with intellectual disability**. Journal of Intellectual Disability Research,** 6 ,535-543.

Phetrasuwan, S and Miles, M (2009). Parenting Stress In Mothers of Children With Autism Spectrum Disorders. 1557-165.

Pisula,Ewa (2007).A comparative study of stress profiles in mothers of children with autism and those of children with downs syndrome. **Journal of Applied Research in Intellectual Disabilitie***s*,20,274-278.

Riskind,H ,John (2005).The Looming Cognitive Style and Generalized Anxiety disorder: Distinctive Danger Schemas and Cognitive phenomenology.**Cognitive Theropy and Researc***h*,29(1),7-27.

Rodrigue, R., Morgan, B and Geffken, G (1990). Families of Autistic Children: Psychological Functioning of Mothers. *Journal of Clinical Psychology*,4,371-379.

Roeyers ,H .(1995). Appear Mediated Proximity Intervention To Facilitated The Social Interaction Of Children With A Pervasive Developmental Disorders **,** **British Journal of Special Education**,Vol 22,no,4 Pp161-167.

Rowe,C.(1975). **An Outline Of Psychology**(6th ed), William and Lawa,Dubuque.

Sajedi, F., Alizad, V., Malekkhosravi , G., Karimlou, M and Vameghi, R (2010), Depression in Mothers Of Children With Cerebral Palsy And Its Relation To Severity and Type of Cerebral Palsy. **Tehran University of Medical Sciences**, 48(4), 250-254.

Sely, H. (1979). Correlating Stress Cancer**. Journal Of American Proctology,** 30,Pp 18-28.

Spielberger C. D. (1983). Manual For State-Trait Anxiety Inventory (form Y) Consulting Psychology Process.

Tatlor, S.E (1986). **Health Psychology**, New York. Random House.

Troster, H (2001). Sources of Stress in Mothers of Young Children With Visual Impairments. **Journal Of Visual Impairment & blindness**,623-630.

Yamada ,A., Suzuki, M., Kato, M., Tanaka,S., Shindo, T., Taketani, K., Akechi, T & Furukawa,T (2007). Emotional Distress and Its Correlates Among Parents of Children With Pervasive Developmental Disorders. **Psychiatry and Clinical Neurosciences**,61,651-657.

الملاحق

<u>قائمة بيك للاكتئاب</u>

سيدتي بين يديك فقرات تصف المشاعر الرجاء اختيار واحد من البدائل الأربعة الموجودة في كل خانة والتي تعبر عن شعورك بشكل عام. <u>علما أنه لا توجد إجابة صحيحة أو خاطئة والمعلومات سوف تستخدم لأغراض البحث العلمي فقط، مع المحافظة على السرية التأمة.</u>

٠- إنني لا أشعر بالحزن ١- إنني أشعر بالحزن في بعض الأوقات ٢- أشعر بالحزن طيلة الوقت ولا أستطيع التخلص من هذا الشعور ٣- إنني أشعر بالحزن والتعاسة لدرجة لا أستطيع احتمالها
٠- إنني لست متشائماً بشأن المستقبل ١- أشعر بالتشاؤم بشأن المستقبل ٢- أشعر أنه لا يوجد لدي ما أطمح للوصول له ٣- أشعر بأن المستقبل لا أمل فيه وأن هذا الوضع من غير الممكن تغيره
٠- لا أشعر بأنني شخص فاشل بشكل عام ١- أشعر بأنني أواجه من الفشل أكثر مما يواجهه الإنسان العادي ٢- عندما أنظر إلى حياتي الماضية، فإن كل ما أراه الكثير من الفشل ٣- أشعر بأنني إنسان فاشل فشلاً تاما
٠- ما زالت الأشياء تعطيني شعوراً بالرضا كما كانت عادة ١- لا أشعر بمتعة في الأشياء على النحو الذي كنت أشعر به عادة ٢- لم أعد أشعر بأية متعة حقيقية في أي شيء على الإطلاق ٣- لدى شعور بعدم الرضا والملل من كل الأشياء
٠- لا يوجد لدي أي شعور بالذنب ١- أشعر بالذنب في بعض الأوقات ٢- أشعر بالذنب معظم الأوقات ٣- أشعر بالذنب في كافة الأوقات
٠- لا أشعر بأنني أستحق عقاباً من أي نوع ١- أشعر بأنني أستحق العقاب أحيانا ٢- كثيراً ما أشعر بأنني أستحق العقاب ٣- أحس بأنني أعاقب وأعذب في حياتي وأنني أستحق ذلك
٠- لا أشعر بخيبة الأمل في نفسي ١- أشعر بخيبة الأمل في نفسي ٢- أشعر أحياناً بأنني أكره نفسي ٣- إنني أكره نفسي في كل الأوقات
٠- لا أشعر بأنني أسوأ من الآخرين ١- إنني أنتقد نفسي بسبب ما لدي من أخطاء وضعف ٢- ألوم نفسي طيلة الوقت بسبب أخطائي ٣- ألوم نفسي على كل شيء يحدث حتى لو لم يكن لي علاقة مباشرة بذلك
٠- لا يوجد لدي أية أفكار انتحارية ١- توجد لدي بعض الأفكار الانتحارية ولكني لن أقوم بتنفيذها ٢- أرغب في قتل نفسي ٣- سأقتل نفسي إذا توفرت لي الفرصة السانحة لذلك

٠- لا أبكي أكثر من المعتاد
١- أبكي في هذه الأيام أكثر من المعتاد
٢- إنني أبكي طيلة الوقت هذه الأيام
٣- لقد كانت لدي قدرة على البكاء ولكنني في هذه الأيام لا أستطيع البكاء مع أنني أريد ذلك

٠- لا أشعر في هذه الأيام بأنني سريع الغضب أكثر من المعتاد
١- أصبح غضبي يستثار بسهولة أكثر من المعتاد هذه الأيام
٢- أشعر بسرعة الاستثارة طيلة الوقت في هذه الأيام
٣- أحس بان مشاعري قد تبدلت ولم يعد شيء يغضبني

٠- لا أشعر بأنني قد فقدت اهتمامي بالناس الآخرين
١- أصبحت أقل اهتماما بالناس الآخرين مما كنت عليه
٢- فقدت معظم اهتمامي بالناس الآخرين
٣- فقدت كل اهتمامي لي بالناس الآخرين

٠- أقوم باتخاذ قراراتي على أفضل ما أستطيع القيام به
١- أميل إلى تأجيل اتخاذ القرارات أكثر مما كنت أفعل عادة
٢- أصبحت أجد صعوبة كبيرة في اتخاذ القرار عما قبل
٣- لم تعد لدى أية قدرة على اتخاذ قرارات في هذه الأيام

٠- أشعر بأن مظهري مناسب كما كان عادة
١- يزعجني الشعور بأنني كهلاً أو غير جذاب
٢- أشعر أن هنالك تغيرات دائمة تطرأ على مظهري تجعلني أبدو غير جذاب
٣- أعتقد بأنني أبدو قبيحاً

٠- أستطيع العمل بنفس الكفاءة كما كنت أفعل عادة
١- أحتاج إلى جهد إضافي كي أبدء العمل في أي شيء
٢- علي أن أحث نفسي بشدة كي أقوم بعمل أي شيء
٣- لا أستطيع عمل أو أنجاز أي شيء على الإطلاق

٠- أستطيع النوم جيداً كالمعتاد
١- لا أنام جيداً كالمعتاد
٢- أستيقظ من النوم أبكر بساعة أو ساعتين من المعتاد ولا أستطيع العودة ثانية إلى النوم
٣- أستيقظ من النوم أبكر بساعات عديدة من المعتاد ولا أستطيع العودة ثانية إلى النوم

٠- لا أجد أنني أصبحت أكثر تعباً من المعتاد
١- أصبحت أتعب أكثر من المعتاد
٢- أصبحت أتعب من عمل أي شيء تقريباً
٣- أنا متعب جداً لدرجة لا أستطيع معها عمل أي شيء

٠- شهيتي للطعام هي كالمعتاد
١- شهيتي للطعام ليست جيدة كما هي عادة
٢- شهيتي للطعام سيئة جداً هذه الأيام
٣- ليست لدي شهية للطعام على الإطلاق في هذه الأيام

٠- لم أفقد كثيراً من وزني مؤخراً أو بقي وزني كما هو
١- فقدت من وزني حوالي ٢ كغم
٢- فقدت من وزني حوالي ٤ كغم
٣- فقدت من وزني أكثر من ٦ كغم

٠- ليس لدي انزعاج يتعلق بصحتي أكثر من المعتاد
١- إنني منزعج بشأن المشكلات الصحية مثل آلام المعدة أو الإمساك أو الآلام والأوجاع الجسمية عامة
٢- إنني متضايق من المشكلات الصحية ومن الصعب أن أفكر في شيء آخر
٣- إنني قلق للغاية بسبب وضعي الصحي بحيث لا أستطيع التفكير في أي شيء آخر

٠- لم ألحظ أية تغيرات تتعلق في اهتماماتي الجنسية
١- أصبحت أقل اهتماما بالأمور الجنسية مما كنت عليه من قبل
٢- اهتمامي قليل جداً بالأمور الجنسية في هذه الأيام
٣- فقدت اهتماماتي بالأمور الجنسية تماما

مقياس القلق حالة

سيدتي فيما يلي عدد من العبارات التي يستخدمها بعض الأفراد لوصف أنفسهم. بعد قراءة كــل فقرة قراءة جيدة ضعي إشارة (√) في المربع المناسب أمام العبارة التي تشير إلى ما تــشعرين به في هذه اللحظة.

	الفقرة	أبداً	قليلاً	أحياناً	كثيرا
١	أشعر بالهدوء				
٢	أشعر بالأمان (بالبعد عن الخطر)				
٣	أشعر أن أعصابي مشدودة				
٤	أشعر بالأسف				
٥	أشعر بالارتياح				
٦	أشعر بعدم الاتزان				
٧	أشعر الآن بالانزعــاج لاحتمــال حــدوث كارثة				
٨	أشعر بالراحة				
٩	أشعر بالقلق				
١٠	أشعر بالانشراح				
١١	أشعر بالثقة في النفس				
١٢	أشعر بالعصبية				
١٣	أشعر بالهياج				
١٤	أشعر بتوتر زائد				
١٥	أشعر بالاسترخاء				
١٦	أشعر بالرضا				
١٧	أشعر بالكدر				
١٨	أشعر أنني مستثار جداً (لدرجة الغليان)				
١٩	أشعر بالسعادة العميقة				
٢٠	أشعر أنني أدخل السرور على الآخرين				

مقياس الضغط النفسي

فيما يلي مجموعة من الفقرات التي تصف مشاعر الفرد، يرجى قراءة كل فقرة ووضع إشارة(X) في العمود المقابل لها لبيان مدى انطباق تلك الفقرة على حالتك.راجياً الاهتمأم والجدية في إجابتك علماً بأن هذه الإجابة ستعأمل بسرية تأمة ولغايات البحث العلمي فقط.

الرقم	الفقرة	تنطبق إلى درجة كبيرة جداً	تنطبق إلى درجة كبيرة	تنطبق إلى درجة متوسطة	تنطبق إلى درجة قليلة	لا تنطبق أبداً
١-	أعاني كثيراً من الصداع					
٢-	عندما اجلس للراحة والاسترخاء أجد نفسي منهمك بأفكار سلبية					
٣-	يلازمني شعور دائم بعدم الارتياح					
٤-	نادراً ما أشعر بالاسترخاء التأم.					
٥-	أشعر بعدم القدرة على التركيز فيما أقوم به من أعمال.					
٦-	أشعر باستمرار وكأنني أقع تحت الضغط.					
٧-	أشعر في كثير من الأوقات بالتعب الشديد.					
٨-	كثيراً ما اسرح بأفكار غير مرتبطة فيما أقوم به من أعمال.					
٩-	لا أجد نفسي متحمساً للقيأم بالأعمال المختلفة.					
١٠-	نادراً ما اشعر بعد النوم بأنني حصلت على قدر كاف من الراحة.					
١١-	كثيراً ما أتشتت بأفكار غير مرغوبة.					
١٢-	أشعر عموماً أن أعصابي مشدودة دون داعي حقيقي لذلك.					
١٣-	أشعر في كثير من الأوقات وكأن راسي سينفجر.					
١٤-	أشعر بأنني متردد جداً في اتخاذ قراراتي.					
١٥-	أشعر أن الأشياء التافهة والصغيرة أصبحت تزعجني.					
١٦-	غالباً ما أشعر أنني لا أملك الطاقة الكافية للقيأم بواجباتي اليومية.					
١٧-	كثيراً ما أؤجل ما يجب أن أتخذ من قرارات.					

الرقم	الفقرة	تنطبق إلى درجة كبيرة جداً	تنطبق إلى درجة كبيرة	تنطبق إلى درجة متوسطة	تنطبق إلى درجة قليلة	لا تنطبق أبداً
١٨-	اجد أن مشاعري تجرح بسهولة					
١٩-	كثيراً ما أشعر بالارتجاف في أطرافي					
٢٠	كثيراً ما أتجنب اتخاذ قراراتي.					
٢١-	أشعر أنني أبالغ بردود أفعالي تجاه مشكلات الحياة العادية والبسيطة.					
٢٢-	كثيراً ما ينتابني تصبب العرق.					
٢٣-	أشعر أن كثيراً من أمور حياتي خارجة عن نطاق سيطرتي.					
٢٤-	تنتابني العصبية لأبسط الأصوات المفاجئة.					
٢٥-	كثيراً ما أشعر بتزايد في نبضات قلبي.					
٢٦-	أشعر أنني ضحية للظروف بلا حول ولا قوة.					
٢٧-	كثيراً ما أعاني من مشاعر القلق بدون سبب ظاهر.					
٢٨-	كثيراً ما يصيبني الأرق.					
٢٩-	كثيراً ما أعاني من نوبات الخوف.					
٣٠-	كثيراً ما تنتابني الكوابيس.					
٣١-	أتوقع أسوأ العواقب لأية مخاطر مهما كانت بسيطة.					
٣٢-	كثيراً ما أعاني من النوم المتقطع.					
٣٣-	أحس بمسؤولية شخصية تجاه حدوث أي شيء خاطئ.					
٣٤-	غالباً ما أكون منهك القوى.					
٣٥-	أصنع من الحبة قبة.					

الرجاء وضع دائرة حول الدرجة التي تشعرين بها عموماً بالضغط النفسي:

:----------------:-------------:-----------:------------:-

١	٢	٣	٤	٥
اعاني من الضغط النفسي بدرجة قليلة جدا	اعاني من الضغط النفسي بدرجة قليلة	اعاني من الضغط النفسي بدرجة متوسطة	اعاني من الضغط النفسي بدرجة كبيرة	اعاني من الضغط النفسي بدرجة كبيرة جدا

Levels of stress, Anxiety, and Depression among Mothers of Autistic Children in Amman According to some demographic variables

By:

Majd Rebhi Al-Shami

Supervisor:

Professor. Yousef Abuhmaidan

Abstract:

The Purpose of this study was to investigate levels of Stress, Anxiety, and depression among mothers of autistic children in Amman based on some demographic variables, such as level of education, occupational status (working Vs. non working), number of children, and level of income compared to mothers of non autistic children.

The sample consisted of 190 mothers,(95 mothers of autistic children and 95 mothers of non autistic children). The autistic children mothers who participated in this study were mothers of children who receive services by the sub-centers of The Higher council For the Affairs of Persons with Disabilities, and some private centers. Tools used in this study were Beck Depression Inventory (BDI), State-Trait Anxiety Inventory (STAI),and Stress Scale.

The researcher conducted descriptive statistics and inferential statistics including means, and standard deviations, frequencies, T-test, and multivariate analysis of variance in order to answer the current study's questions. Result showed that mothers of autistic children scored higher than mothers of non autistic children on measures of depression, anxiety, and stress. Responses of 60% of mothers of autistic children on the stress scale ranged between moderate to sever stress levels. Whereas 40% of responses scored by mothers of non autistic children on the same scale ranged between moderate to sever.21.1% of mothers who have autistic children showed high levels of anxiety

compared to 4.2% showed by non autistic children mothers. Severe depression was exhibited by 24.2% of mothers of autistic children, compared to 5.3% exhibited by mothers of non autistic children. Results also showed that differences in means of depression and stress were significant between mothers of autistic children compared to mothers of non autistic children. No significant differences in depression, anxiety, and stress were found between the two groups depending on the demographic variables.

Current study recommends that future research looks at others variables, as well as designing intervention programs to deal with depression and stress experienced by the mothers of autistic children